



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO.



FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIDAD ACADÉMICA.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ. ISSSTE

PRINCIPALES DISFUNCIONES SEXUALES EN EL ANCIANO QUE ACUDE A  
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ ISSSTE.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**JESÚS MAURICIO FLORES MURGA**

NÚMERO DE REGISTRO: 390.2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

PRINCIPALES DISFUNCIONES SEXUALES EN EL ANCIANO QUE ACUDE A  
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ ISSSTE.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

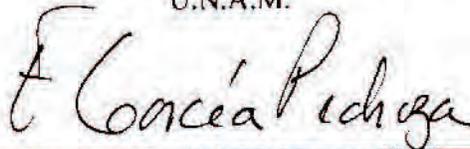
**JESÚS MAURICIO FLORES MURGA**

AUTORIZACIONES:



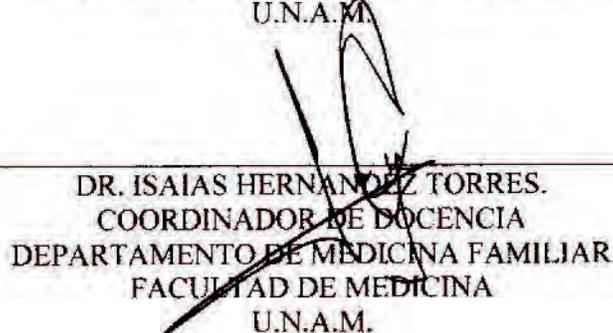
---

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA.  
U.N.A.M.



---

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA.  
U.N.A.M.



---

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

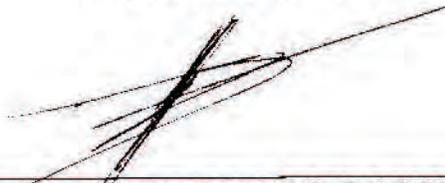
PRINCIPALES DISFUNCIONES SEXUALES EN EL ANCIANO QUE ACUDE A  
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ ISSSTE.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

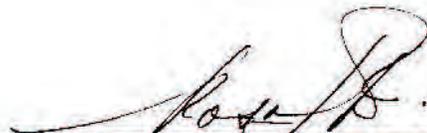
PRESENTA:

JESUS MAURICIO FLORES MURGA

AUTORIZACIONES:



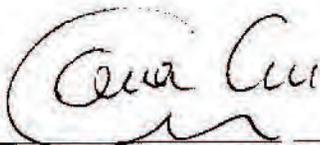
DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA.  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ  
ISSSTE.



DRA. ROSALINA LUIS HERNANDEZ.  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR.  
IGNACIO CHÁVEZ ISSSTE.



DRA. CATALINA MONROY CABALLERO.  
PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. ANA MARIA NAVARRO GARCÍA.  
ASESOR DE TESIS.  
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD  
DE MEDICINA U.N.A.M.

## DEDICATORIA:

Para mí amada esposa Gilda, quien con su ejemplo y apoyo lograron despertar en mí, el deseo de superación continua; así como el apoyo para lograr el impulso y alcanzar mis metas propuestas, y la confianza de saber que esta en mí en todo momento.

A mi madre, con todo el amor y compromiso por obtener el conocimiento necesario para la prevención, y atención de mis pacientes.

Para mi padre, por sensibilizar mi carácter y enseñarme el don del perdón sincero, y el saber disfrutar la vida por si misma.

A mis hermanos Omar y Daniela, los que aceptaron llevarme en su corazón, y no permitir que la distancia, hiciese sentirme lejos.

Para mi Abuela (Mama Ana), ya que despertó mi vocación y compromiso por servir a los ancianos.

Para mis pacientes los cuales me animan e impulsan para continuar mi preparación.

## AGRADECIMIENTOS:

A Dios, gracias.

Dra. Ana María Navarro García. Gracias por su paciencia, por enseñarme a visualizar mis objetivos, y enfocar mi vocación por la medicina familiar.

A mis tutores y maestros, por enseñar, aconsejar y contar sus experiencias para fomentar mi conocimiento reforzando mi aprendizaje

A mis tíos y primos, los cuales me reservo los nombre por que en su momento cada uno son importantes, en diferentes circunstancias, desde los que me enseñaron a trabajar, para ganar lo necesario y seguir estudiando, a los que me apoyaron económicamente cuando no tuve para continuar por medios propios, y sin menospreciar a aquellos que se tomaron el tiempo necesario, aconsejando o corrigiendo mis acciones y decisiones.

A mis suegros, y cuñados los cuales me aceptaron como parte de su familia.

A mis Padrinos quienes confían y me apoyan.

A mis compañeros de generación, Bere, por tu solidaridad, Cata, gracias pareja.

Para mis compañeros de trabajo, por aportar su tiempo y atención.

A mis compañeros y amigos por compartir mis momentos.

## INDICE

MARCO TEORICO .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	32
JUSTIFICACION .....	34
OBJETIVOS .....	35
MATERIAL Y METODOS .....	36
RESULTADOS .....	39
DISCUSION .....	48
CONCLUSIONES .....	52
BIBLIOGRAFIA .....	55
ANEXOS .....	58

## MARCO TEORICO

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, porque viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata en efecto, de una perspectiva que dimana tanto de experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales.

No podemos conocer la sexualidad humana, sin tener en cuenta sus múltiples dimensiones. El aprendizaje de la sexualidad en todas sus facetas no sólo se reduce al conocimiento del individuo y de la naturaleza del ser humano, sino que también viene determinada por el medio en que se encuentra.

La sexualidad es un tema que ha despertado el interés del hombre, desde los tiempos primitivos a nuestros días; y su estudio contribuye a una inmejorable preparación para el afrontamiento de distintos cambios sexuales, tanto fisiológicos como conductuales que se producen a lo largo de la vida.

Al hablar de sexualidad nos referimos a una dimensión de la personalidad y no, exclusivamente a la actitud del individuo para generar una respuesta erótica. Cuando hablamos y aplicamos este término nos referimos no sólo a la necesidad fisiológica, sino también a la capacidad de hombres y mujeres para comunicarse y expresarse, obteniendo y dando placer a través del sexo.

La sexualidad y la sensualidad humana son más que la de los genitales; más que la procreación; el contacto sexual; las hormonas o el orgasmo; es una función de todos que afecta completamente al hombre y a la mujer en cualquier edad y época.

Desde el punto de vista abordamos el problema de la sexualidad en el anciano, dependiendo de los aspectos socioculturales más que de la relación sexual en sí misma. La sociedad en general considera la conducta sexual en el anciano como ilegítima, es víctima de muchas más agresiones que las del adulto y constituye una negación. Se reconoce como algo "normal" el derecho de un joven adulto a vivir lo más satisfactoriamente esta parcela de su afectividad; pero o ocurre así en nuestra cultura con nuestros mayores.

Concretamente nos proponemos abordar la mejor comprensión de la respuesta sexual en el anciano; averiguar la relación de algunas de las imágenes sociales que existen sobre los ancianos y su sexualidad con respecto a la situación real de ésta última; además de explorar el campo de su interrupción, sobre todo una de las razones que nos lleva a abordar este tema lo constituye el "aparente mutismo" de los ancianos respecto al sexo y su sexualidad.

La evolución de los valores culturales a través de los años ha traído consigo la carga de la aversión a la edad. Este odio y miedo a la edad no sólo ha llevado a esconder a los ancianos arrugados y grises, elementos inútiles, no sólo les han robado la posibilidad de contemplar y participar plenamente en la sociedad presente y futura, sino que también ha conspirado para privarles de una parte de su humanidad: su sexualidad.

Ser viejo es ser asexual; sin deseos ni atractivos, nos socializan desde la infancia con esta idea, de ahí el pavor a la senectud y a todo lo que ello conlleva.

Los placeres emocionales y psicológicos de la intimidad, las caricias y el contacto de la proximidad física, los éxtasis del acto sexual o el orgasmo, están

reservados a los cuerpos plenos de juventud y a los primeros años de la madurez. Tales imágenes y suposiciones continúan manteniéndose a pesar de la documentación de lo contrario y aún, el creciente reconocimiento de los ancianos, como personas llenas de necesidades, deseos y capacidades asumidas.

La vejez ya no es una situación rara, se percibe como una etapa esperada y prevista en los últimos años de la vida.

Los cambios biofisiológicos de la sexualidad se inician lentamente entre los treinta y cuarenta años, para progresivamente ir haciéndose más evidentes a medida que el sujeto avanza en edad. A partir de los sesenta y cinco años, edad en la que se sitúa socio lógicamente el comienzo de la vejez, las manifestaciones suelen ser bastante claras. Sin embargo, estos cambios se dan en muy distinto grado y aparecen en tiempos claramente diferentes dependiendo de numerosos factores; dichos cambios, en todo caso, no deben de ser etiquetados de declive sexual ya que, como hemos comentado anteriormente, la sexualidad no se reduce únicamente a la genitalidad y procreación.

Por otra parte, hemos de decir que estas modificaciones pueden ser mal aceptadas por ignorancia o por haber asimilado un modelo de sexualidad juvenil, genital y costal, que obviamente se percibe como deteriorado; el problema se puede agravar aún más, si es la mujer la que no acepta, se alarma o pone en ridículo al varón que ha perdido el vigor juvenil.

La inseguridad y el deseo de demostrarse que nada ha cambiado, adoptando pautas de comportamiento sexual basadas en lo que los terapeutas sexuales llaman “ansiedad de ejecución” (deseo de realizar frecuentes conductas costales en el menor tiempo posible), son los peores enemigos de la sexualidad del varón, especialmente cuando tiene una edad avanzada.

Las mujeres en cambio suelen asumir, mejor que los hombres, los cambios que afectan a la esfera estrictamente sexual, aceptando peor el proceso general de envejecimiento, en especial en cuanto a su imagen corporal entre otras razones porque a las mujeres se les exige una figura corporal más juvenil.

Para terminar, citar a Balzac, (novelista francés), que no sugirió que la sociedad hubiese creado sólo a la mujer joven; vio más allá de la reproducción y alabó la creación de una continuidad del deseo, por lo tanto, potencialmente a lo largo de toda la vida; no puso límite de edad al amor.

Todavía y de manera errónea, se cree que no existe en el anciano actividad ni interés sexual y, que cuando se presentan, son de tipo morboso y patológico. Investigaciones en el campo de la sexualidad permiten admitir que la vida sexual persiste y se transforma constantemente a lo largo de toda la evolución individual y sólo desaparece con la muerte.

Muchos son los adelantos en el campo de la medicina y la biología molecular, pero pocos son los que se relacionan con el comportamiento real sexual de los ancianos, tal vez por un fenómeno sociocultural. Sin embargo, sobresalen dos posibles razones: la primera es que apenas existen estudios serios y los datos que se poseen son parciales; la segunda, hace referencia a las dificultades metodológicas y culturales que encierran este tipo de investigaciones, ya que sigue pesando sobre ellos un tabú muy marcado, especialmente en nuestra sociedad donde se mezclan ciertos aspectos moralistas, muchas veces con matices de hipocresía enmascarada.

De manera simplista se puede decir que en las personas de ambos sexos se produce un declive, más o menos acentuado, entre los sesenta y setenta años. No obstante, es importante recalcar que la sexualidad, tanto normal como patológica, está influenciada por factores biológicos, psicológicos y culturales. Por tanto, antes de afirmar que la sexualidad declina con la edad, es más correcto considerar que este ocaso se correlaciona con modificaciones fisiológicas y con él, los factores psicológicos y socio-culturales juegan un papel trascendental. Además, la edad puede influir en la disminución de la actividad y el interés sexuales, pero no tiene por qué suprimir la satisfacción.

Las teorías y experiencias de Freud y las investigaciones del informe Kinsey dejaron en claro que los niños y los ancianos no son seres asexuados y que, por el contrario, el ser humano es sexuado desde que nace y hasta que muere. Kinsey no se contentó con doctrinas; mostró la capacidad del viejo con evidencias, pruebas y demostraciones. Buen número de científicos, como los doctores Newman, Nichols, Freeman y Dresden, citados por Simone de Beauvoir, así lo testimonian. Hoy empieza a respetarse la sexualidad del anciano y hasta en los asilos de ciertas ciudades de Norteamérica se proveen espacios especiales para los ancianos en pareja que les permita tener intimidad. La capacidad de engendrar de un varón de 70 años no es un prodigio ni un dato para mostrar en la casuística. Además, la infecundidad no es impotencia. El prejuicio social, sin embargo, subsiste. Nuestra sociedad hipócrita se empeña en desconocer la realidad, en rechazarla, como dice Maurice Tubiana “encadenar al viejo a la clandestinidad y despojarlo de su más sagrado derecho, el del amor y la sexualidad”.

Una de las creencias más erradas, muy comúnmente aceptada, es la de suponer que la menopausia lleva a una disminución de la capacidad sexual hasta su extinción. Hoy se sabe que la menopausia es un proceso biológico natural, con repercusiones psicológicas, en el que se detiene la posibilidad de reproducción, pero que no lleva consigo la pérdida de la actividad ni del interés sexual. La fuerza de este concepto, enriquecido con un gran contenido de tabú, se debe al hecho de que para una buena parte de las mujeres y de los hombres, la vida sexual está ligada exclusivamente a las posibilidades de engendrar.

Paralelamente, en el hombre, aunque de forma cualitativa y cuantitativa diferente, se piensa que la andropausia supone el cese de la actividad e interés sexuales para sumirse en la “profunda tranquilidad y calma” con la que se ha caracterizado a la vejez. Sin embargo, a nivel biológico es conocido que la secreción de andrógenos y la erección continúan prácticamente hasta la muerte. Incluso la fecundación del óvulo por el espermatozoide senil es posible.

Otra convicción falsa extendida entre los hombres es el hecho de creer que la potencia sexual está limitada y/o condicionada a una cantidad fija y constante, y que con el uso (y el abuso) termina por extinguirse a una corta edad. Por el contrario, todo parece indicar que una vida sexual normal y rica en experiencias es la mejor garantía para que la actividad sexual se prolongue en la ancianidad. Por no conocer esta realidad y por no querer admitirla, se condena a muchos ancianos a una forma de actuar clandestina y deforme.

Es muy importante desde mi punto de vista la realización de este trabajo, actualmente no se tiene una bibliografía adecuada, para el estudio de la sexualidad del anciano, pero espero y tome la valoración que doy, para que otros realicen estudios relacionados. También las autoridades deben tomar el

interés necesario, para por lo menos sea considerado en los programas dedicados al control del anciano, el cual como tal tienen la necesidad pero no la información, la elaboración de trípticos o carteles para enterar a la población abierta, así como el propagar la información y con ello se informe a la población que muestre interés en el saber de su comportamiento, así como el sentir el apoyo para continuar con expresión de su sexualidad.

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, y la transición epidemiológica mundial y en particular los mexicanos, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica. De hecho, se sabe que de todos los ancianos, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos. A medida que sobrepasamos los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad. Por ello es tan importante el tratar de prevenir o minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, muy especialmente en relación a los adultos mayores más frágiles.

Las principales teorías para aplicarlo, es importante distinguir entre envejecimiento fisiológico y las enfermedades relacionadas al envejecimiento. A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica es independiente del desarrollo de enfermedades.

Hay varias entidades patológicas que son mucho más frecuentes en el adulto mayor, y que antes se pensaba que eran propias del envejecimiento, pero en la actualidad se sabe que son enfermedades. Este es el caso de la osteoporosis, Enfermedad de Alzheimer enfermedad de Parkinson, cataratas y otros. Afortunadamente, muchas de estas entidades pueden prevenirse o manejarse de modo que no determinen tan tempranamente discapacidad. Sólo los cambios que están presentes en todos los individuos que envejecen, y que aumentan en magnitud con la edad, representan envejecimiento per se.

En las generaciones pasadas, el fracaso de las sociedades para reconocer las necesidades sexuales de sus miembros de mayor edad constituya siempre un asunto grave. Hoy en día, dicho fracaso se ha vuelto crítico, ya que ha principio e la década de los 70s había mas de 35 millón es de estadounidenses mayores de 65 años de edad o mayores. Esta cifra quizás alcanza la marca de 43 millones alrededor del año 2020. Muchos de estos ancianos y ancianas tienen un compañero matrimonial, y otros todavía llegan a tener matrimonio. Por ejemplo en la década de los 60s hubo 35000 matrimonios por año que abarca a personas de 65 años o mas de edad (Rubin 1965b). Con o sin compañero estos ciudadanos seniles tienen necesidades sexuales y esta son perfectamente normales. Es falta de realismo y poco justo el apoyar la mitología que un gran segmento de la población del continente americano o de cualquier otra, es incapaz de tener actividad sexual alguna, o que no estén interesado en ella, o la falacia insidiosa que es imposible que persistan los anhelos en las personas que han llegado a la venerable ancianidad.<sup>(4)</sup>

Numerosas reflexiones se incluyen en la constante disminución en el interés del sexo, es pues de relaciones maritales prolongadas (Oziel, 1976) entre ellas están:

1. Los cónyuges se vuelven cada ve menos atractiva en lo sexual uno con respecto al otro.
2. Disminuye la intimidad en todos los niveles de la vida común, y hay una comunicación superficial y somera.
3. Aparece la monotonía cuando los cónyuges han agotado las pocas vías aceptables que tenían abiertas para la exploración sexual.}
4. Un asunto extramarital como causa no como efecto.
5. un apático sexual disminuido, relacionados con efecto psicológico (preocupación por su carrera insatisfacción general) o con efectos funcionales (como la enfermedad, o un debilitamiento relacionado con la edad).
6. Disminución de la autoestima en la ancianidad, cuando la persona se percibe a si mismo como menos atractiva físicamente, en comparación con cuando estaba joven.
7. Trastorno de las relación circunstanciales e interpersonales; retiro prematuro obligado, un conflicto intenso con su hijo o problemas económicos.
8. Inadaptación matrimonial
9. Trastornos de la función o del sistema sexual.
10. Una enfermedad orgánica (como trastornos endocrinos, un tumor encefálico) y la acción depresora de ciertas sustancias (como los narcóticos o el alcohol. (4)

Existen diferentes etiologías tanto psicológicas, morales, culturales, y físicas, las que determinan el estado de salud sexual de los ancianos, podemos hacernos una serie de preguntas de las cuales elidiremos algunas para iniciar la búsqueda de información sobre la sexualidad de los ancianos de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez Del ISSSTE, de las cuales enumeraremos algunas.

La sexualidad en los ancianos probablemente ya no sea demostrada de una forma sexual, sin que busca otros medios de expresión y estos dependen particularmente de las circunstancias de cada persona, así como de los recursos con los que cuenta dentro de su rol familiar. En la mayoría de los pacientes existe algún evento desagradable que minaron el continuar con de la sexualidad de la pareja y/o del individuo y estos probablemente pudieron haberse presentado desde la década de los 30s. Si cuando iniciamos el decline en nuestras actividades sexuales nos recordamos el inicio de nuestra exploración sexual probablemente tendríamos la inyección de nuevos bríos además de una gran variedad de pensamientos versátiles e innovadores, así como adaptativos de la sexualidad, para continuar con nuestro actuar. La masturbación sin duda es un mecanismo de expresión de nuestra sexualidad, sin embargo en edades avanzadas probablemente este acto ya no sea ni tan frecuente ni tan placentero, además los comentarios en edades jóvenes cambian por completo en cuanto mayor se es, y el significado de cada etapa, sin duda cambia del sentido explorador de la sexualidad, por el sentido de autoconfortamiento sexual.

En la infancia se marcan conductas dentro del rol de la pareja y la forma en como se desarrollan los roles en la familia, marcan importantes limites para

el desarrollo de la sexualidad, esto tiene un importante sentido y sobre todo una relación directa sobre la primera experiencia sexual. Actualmente tenemos pensamientos diversos, y el anciano tiene una amplia experiencia, y puede realizar una amplia variedad de situaciones sexuales y estas en ocasiones pueden generar sentimientos de culpa o vergüenza, principalmente en el seno familiar. Una de las facilidades del adulto, es que identifica en que circunstancias puede desarrollarse sexualmente con facilidad, y que otras situaciones le cohiben o turban en su sexualidad. El lograr una satisfacción sexual plena implica conseguir el orgasmo el cual en ocasiones es difícil de lograr, por esto es necesario la estimulación directa del clítoris, y en ocasiones el sexo oral puede tener mejor estimulación, para esto es importante el identificar adecuadamente los sentimientos y no cohibir los instintos, el lograr el orgasmo en ambos participantes es necesario para conservar un autoestima alto, para ello se apoyan de diversos medios. Con el tiempo los fluidos cambian PH y con esto las características de la juventud, en especial los olores genitales. El dar placer muchas veces es más complaciente que el recibirlo principalmente cuando el amor aun perdura, y el identificar los gustos de la pareja es esencial.

La adecuada apreciación de la autoimagen, el como nos percibimos nos ayuda para identificar los límites que son marcados por la edad.

Se piensa en la actualidad de alcanzar una vejez plena, con calidad de vida, pero no podemos dejar al descubierto múltiples aspectos que se han tratado de ocultar por el morbo social. El objetivo de esta tesis es mostrar una expectativa del pensar y recabar información del actuar sexual de los ancianos, muchos ancianos piensan que al llegar la ancianidad se acaba su vida viril sin embargo existe una gran oportunidad de exploración en el aspecto sexual que es fortalecida por la experiencia, así como el conocimiento compartido del adulto, que alcanza plenitud en experiencia y debe disfrutar hasta donde se puede su cuerpo y su sexualidad compartida.<sup>(6)</sup>

El envejecimiento es un *proceso* continuo, universal e irreversible que determina.

Una *pérdida progresiva de la capacidad de adaptación*. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional (1).

### **Definición de Sexualidad**

La condición humana es muy compleja, por lo que para comprenderla recurrimos en oportunidades a ver aspectos específicos como la sexualidad, y a pesar de ello no es posible tener un conocimiento certero no la podemos aislar de infinidad de factores que confluyen para que tenga lugar.<sup>(7)</sup>

Ahora bien, la sexualidad se entiende en esta propuesta como la forma peculiar de sentirse y vivirse como uno de los sexos.

Se relaciona con factores biológicos, sociales, culturales, espirituales, psicológicos, económicos y éticos.

Y la erótica como la expresión del deseo hacia el otro sexuado, tiene múltiples formas. Es la forma de actuar, sentir, vivir, comunicar, dar y recibir, la manera en que las personas como seres sexuados se relacionan con los demás. En la cultura occidental es un campo semántico que agrupa deseos y placeres propios de los sexos.<sup>(7)</sup>

## **Historia de la sexualidad:**

### **En los Tiempos Antiguos:**

Así, desde la época antigua con la aparición de la literatura como tal, la sexualidad se ha tratado con un color religioso muy marcado que la pinta como un rito sagrado del cual no se puede hablar sin mencionar las divinidades. Pero lo importante que se debe denotar a partir de allí, es que desde su origen la literatura trata de explicar la sexualidad y difundir informaciones acerca del acto o instinto sexual humano. Esto se evidencia a través de la Biblia, y a través de las obras de los grandes filósofos o pensadores griegos como: Homero, Platón, Sócrates y Aristóteles. También no se puede pasar por alto que todas las descripciones y elogios sexuales exaltan al sexo masculino como protagonista de primera.

Desde entonces, la hegemonía del dogma religioso ha pesado mucho en la relación de la literatura con la sexualidad. La polémica del nacimiento de Jesús Cristo es aun otra prueba de lo mucho que ha sido la influencia de la iglesia sobre la literatura y el sexo: Cristo, el único que nació de humanos sin ser concebido por un acto sexual, ¿será este hecho el que le confirió algo de su honor y respeto como hijo de Dios? A través de este hecho, se puede notar que la sexualidad era algo vil para la concepción religiosa de la época y también para la sociedad.

### **Época del Renacimiento:**

El Renacimiento como corriente de gran desarrollo literario y artístico ha revolucionado el pensamiento humano. El conocimiento del hombre y de la sociedad empezó a ocupar un espacio privilegiado en el espíritu de los autores y pensadores. Aunado a ello, la invención de la imprenta por Gutenberg, la aparición de la anatomía con los grandes artistas como Leonardo da Vinci, la importancia y la exaltación del sexo femenino a través de la literatura y de las artes ha surgido etc.

De allí, han llegado ciertos cambios importantes en el binomio literatura-sexualidad: la literatura ha servido de vehículo de propagación de la sexualidad a grandes escalas, la sexualidad también empieza a tomar protagonismo en la literatura, la mujer surgió como icono sexual pero aun de mucho menos importancia que el hombre.

### **En los Tiempos Modernos:**

Después, la época de La Revolución Francesa (1789) casi acabó con la dominación del dogma religioso sobre la sociedad y la literatura, la Revolución Industrial (Siglo XIX) con los avances de la ciencia y las técnicas enterró el dominio de lo religioso sobre la ciencia y la filosofía. Estos sucesos de fines del Siglo XVII y de todo el Siglo XIX marcaron la liberación total del pensamiento humano del dogma religioso, y también han revolucionado la relación entre la literatura y la sexualidad. Durante y después de estos tiempos, la literatura ha evolucionado y se ha diversificado bastante, se ha empezado estudios y reflexiones por parte de algunos autores en publicaciones donde se trató con cierta libertad temas sexuales.

Por otra parte, se ha visto con el Romanticismo del Siglo XIX como la sexualidad (o el instinto sexual) ha servido de inspiración literaria a varios autores famosos de Europa del entonces como: Víctor Hugo, Alphonse de

Lamartine etc. Con esta corriente del Romanticismo, la veneración de la mujer como exponente sexual clave ha sido de gran relevancia en la literatura.

De allí que la relación literatura con la sexualidad presentó otro panorama: la literatura profundiza en los temas sexuales, donde la sexualidad empezó a salir de su aspecto tabú, en la literatura la sexualidad empezó a jugar un papel crucial donde ha servido de fuente de inspiración, la imagen de la mujer como componente importante de la sexualidad ha ganado mucho más espacio, la literatura y la sexualidad se complementan en su grado de evolución: es decir que la difusión de una depende o complementa la otra, viceversa.

Sin embargo, en los finales del Siglo XIX hasta la primera mitad del Siglo XX, la sexualidad va a tomar un espacio preponderante en la literatura occidental con la aparición de la psicoanálisis de Sigmund Freud (1856-1939), donde con sus obras: Tres ensayos para una teoría sexual (1905), Tótem y tabú (1912), Más allá del principio del placer (1920), él se ha atrevido a través de la literatura a desnudar el pensamiento sexual humano. Esta época es un punto de inflexión importantísimo en la gráfica del binomio literatura-sexualidad. A parte de lo revolucionario que fue lo de Sigmund Freud, en dicha época también nació el séptimo arte que es el Cinema que marco otra pauta con la evolución de la relación literatura-sexualidad. Desde el punto de vista social, desde esta época y después, el sexo no es ninguno secreto ni tabú social en el mundo occidental.

Igualmente, de la segunda mitad del Siglo XX hasta la última década del mismo, la sexualidad ha invadido todos los medios literarios como uno de los temas más tratados, se ha visto la aparición de publicaciones literarias con dedicaciones exclusivas a la sexualidad. La mujer está en el centro de atracción como emblema sexual casi al mismo nivel que el hombre en la literatura. Y hasta que se ha podido hablar de literatura sexual para designar la gama de libros o ediciones que abarca el mercado de publicaciones sobre sexualidad. Pero la aparición de la película fotográfica, la televisión, y las nuevas tecnologías de la información han sido claves en los últimos cambios en la relación literatura-sexualidad.

#### **En la actualidad.**

Hoy en día, toda literatura que trate de sexualidad para ser leída debe reservar suficientes espacios para una buena distribución de contenidos fotográficos atractivos. Y de esta gama hay revistas especializadas que mezclan moda y sexo, música y sexo, fama y sexo etc.,

No se puede pasar de largo, el impacto de la ciberneticización del mundo sobre la relación literatura-sexualidad. Con la globalización, el Internet y la virtualización de la vida social al nivel del mundo, la literatura tuvo que diversificarse y virtualizarse también para mantener su parte en la relación con la sexualidad.

"Andropausia" es un término que no se emplea con plena convicción. En efecto, si la menopausia corresponde a una situación bien definida y tajante consistente en el cese de la función ovárica con las consecuencias que se conocen, en el hombre la situación es bastante diferente, puesto que la degradación de la función testicular es progresiva y a veces bastante lenta.

El interrogante actual, planteado a la luz de los efectos benéficos de la terapia hormonal de reemplazo en la mujer y de los resultados del tratamiento de la osteoporosis en el hombre hipogonádico, es el de evaluar y reconocer la

relación riesgo/beneficio de una androgenoterapia sustitutiva. Conociendo los efectos fisiológicos favorables de la testosterona sobre la fuerza muscular, el hueso, el sistema nervioso, la médula ósea y la función sexual, se puede imaginar la importancia de la puesta en uso de esta hormona en relación a la prevención y la calidad de vida en el hombre añoso. Pero al no contar con toda la información, lo mejor es la prudencia de la interpretación.

Plantaremos lo que actualmente se admite a partir de datos objetivos clínicos y/o biológicos antes de abordar la problemática de la terapia.

Potencia sexual

Es claro que ésta se deteriora con la edad en el hombre sano, con una erección que cada vez es más débil y de menos duración acompañada de eyaculaciones de menos volumen. Esto conduce a una disminución significativa en la frecuencia de las relaciones sexuales aunque es imposible generalizar y cuantificar los parámetros principales concernientes a los antecedentes (calidad de vida sexual anterior, patologías interrecurrentes, hábitos de uso como tabaco y alcohol, etc.) del anciano.

El endotelio juega un papel trascendental en la regulación el tono vascular pudiéndose alterar en forma grave en enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes. El resultado es una deficiencia en la producción de óxido nítrico (NO) la cual incide en la disfunción eréctil. La introducción de fármacos, como el sildenafil, ha revolucionado el tratamiento de la disfunción eréctil por cuanto facilita una mayor duración al no que produce la vasodilatación y mantiene la erección del pene.

Fertilidad

### **Cambios fisiológicos en la sexualidad en la tercera edad**

Al abordar la temática de la sexualidad en la Tercera Edad, nos enfrentamos a un doble inconveniente: ahondar en las particularidades de la vejez, suele resultar una tarea agobiante no sólo por la falta de información y datos investigados al respecto, también porque la problemática de esta etapa es generalmente abordada desde sus caracteres negativos, sin valorizar, ni considerar las ganancias y riquezas que alcanzar dicha etapa trae aparejada.

El segundo problema es el referido a la Sexualidad. Si bien estamos habituados a hablar de ella, y desde Freud en adelante abundan autores que han desplegado todo un cuerpo teórico al respecto, analizando la sexualidad, sus manifestaciones, normalidad – anormalidad, etc. y aunque sostenemos enfáticamente la diferencia entre sexualidad y genitalidad, nos cuesta mucho no caer en sistematizaciones que pretenden semejanzas, como si la sexualidad se expresara exclusivamente por medios genitales.

Hasta hace pocos años se creía que la menopausia marcaba el final del goce sexual femenino, debido a que se justificaba la sexualidad como necesaria para acceder a la maternidad.

Este es el clima en que fueron educadas las mujeres ancianas de hoy, y aunque el cambio es lento, y progresivo, se debe aceptar que la sexualidad en la Tercer Edad sólo responde al puro deseo de sentir placer, de gozar, de abrasarse a otro cuerpo, de amar.

Durante siglos se relacionó la sexualidad con la reproducción, negándole de esta manera el disfrute de la sexualidad al anciano; muchas personas, particularmente jóvenes, siguen viendo la actividad sexual como una facultad

que se va desgastando hasta perder todo interés en aquellos que han superado los 60 años, se supone que el deseo siempre se desvanece con la edad.

Esta etapa de la vida es valorada por muchos como ausente de manifestaciones sexuales

En general puede decirse que las personas no cambian mucho, sino que envejecen. En consecuencia los individuos que mostraban poca inclinación hacia el sexo en su juventud tienden abandonar este tipo de actividad y ocultarse bajo la protección de la edad. Aquellos con intereses sexuales activos continuarán siendo activos con las limitaciones impuesta por la capacidad física, pero seguirán joven aún con edad avanzada.

La valoración de la actividad sexual en el anciano de ambos sexo tiene que incluir un enfoque múltiple, pues mas que una afectación intrínseca de la sexualidad lo que existe es una acumulación de factores (enfermedades cardio vasculares, daño en los vasos sanguíneos del área genital, cáncer o enfermedades debilitantes, problema psíquicos, ingestión de medicamentos y de alcohol, así como influencias y hábitos previos ),que influyen de forma negativa sobre la actividad sexual y no exactamente la edad.

La actividad sexual en esta etapa depende también de características física psicológica y biográficas del individuo, de la existencia de una pareja y de sus características, así como del contexto sociocultural en que esta inmerso. La realidad es que el envejecimiento produce ciertos cambios en la fisiología sexual, pero comparado con otros cambios propios de la edad como el ajuste ocular o la capacidad vital, estos cambios son pequeños, la función sexual, vista desde el ángulo del acto sexual, no de la reproducción, se mantiene mucho mejor que otras funciones.

Se había considerado que a partir de cierta edad todas las capacidades se deterioran; hoy se sabe que el cambio de las diferentes capacidades no es unidireccional, ni universal, ni irreversible. Debemos llegar a conocer el sentido que cada edad puede tener, en lugar de imponer los valores de otra edad

En las personas mayores la actividad sexual, no es entendida necesariamente como actividad orientada al coito, sino, en un sentido mucho más amplio; se trata del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido.

Desde el proceso vital fisiológico, los procesos de envejecimiento sexual comienzan hacia los 30 o 35 años, y siguen un proceso lento, muy variable de unas personas a otras, si comparamos el acto sexual de la juventud y en la vejez la diferencia fundamental es que esta ultima etapa de la vida cobra más fuerza la cercanía y la intimidad corporal.

Podemos entender el sexo como una parte de la personalidad total, algo que aparece en los seres humanos y se mantiene hasta la vejez.

Así pues, es amplio el concepto desarrollado y extendido a lo largo de la vida, que no desaparece por ley en ningún momento de esta, cambia, oscila en su presentación a lo largo del desarrollo vital, tanto por consecuencia de factores psicológicos o sociales como biológicos.

Los estudios realizados en poblaciones mayores de 65 años de numerosos países demuestran que después de esa edad se mantiene la actividad sexual en un porcentaje considerable de casos.

Helleger y Mortensen señalan en su trabajo que incluso a los 95 años alrededor de un 40% de las personas estaba interesado en el sexo y alrededor de un 25% mantenían actividad masturbatoria.

Brecher encontró en un estudio realizado en 1984 que en un grupo de mayores de 70 años, el 81% de los casados se mantenían sexualmente activos y la utilización de la masturbación como sustituto del coito se calculó en 22% de los casos.

En Cuba se concluyó recientemente un estudio en el cual se entrevistaron al 100% de la población mayor de 65 años de un área de salud del municipio Centro Habana y encontramos que, de 27 entrevistados, 6 (22%) mantienen actualmente relaciones sexuales, las cuales son satisfactorias y se realizan utilizando la posición acostados de lado 4 personas, y la posición femenina inferior, 2 personas.

Se encontró también que de los ancianos que actualmente no mantienen relaciones sexuales, 6 (22%) conservaron esa práctica después de los 65 años en la siguiente forma: dos hasta los 74 años, y uno por grupo hasta las siguientes edades 68, 78, 81 y 82 años.

En total, de 27 entrevistados, 12 (44,4 %) tuvieron relaciones sexuales más allá de los 65 años y dos viudas (7,49%) refirieron tener deseo sexual intenso: una se masturba con frecuencia irregular y otra controla sus deseos pensando que no es natural sentirlos a esa edad.

Todos estos datos indican claramente que en la tercera edad, hablar de estos aspectos de la sexualidad, no es como algunas personas piensan: "una utopía".

En el presente estudio se abordarán los cambios fisiológicos normalmente esperados en el adulto mayor que modifican su sexualidad.

### **Cambios fisiológicos que ocurren con la edad en la tercera edad:**

Existen una serie de cambios fisiológicos que ocurren con la edad. Pero estos no significan muerte sexual. En el hombre dentro de los cambios anatómicos y funcionales tenemos:

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. Sin embargo más del 50% de los varones de 70 años tiene una abundante espermatogénesis, suficiente para poder mantener una buena capacidad genésica.

A los 70 años de edad, los testículos mantienen su tamaño normal, pero existen cambios degenerativos en los tubos seminíferos, aplanamiento del epitelio germinales interrupción de las células germinales.

La producción de espermatozoide viene regulada por la hormona FSH, y está a su vez, lo está por el hipotálamo.

### **En la producción e semen intervienen tres estructuras:**

Las vesículas seminales: que muestran cambios estructurales, entre los que se incluyen lo que se conoce como degeneración amiloidea y la sustitución de sus fibras musculares por tejido conectivo. El líquido seminal normal es muy rico en fructosa, fuente de energía que favorece la movilidad y el ascenso de los espermatozoides. Se pierde también parte de esa riqueza energética.

La próstata se hace más dura y muestra de forma progresiva cambios degenerativos, cada vez más extensos. Las células glandulares inician su atrofia en torno a los 40-50 años, a los 60 años toda la próstata glandular

muestra una deficiencia funcional, y cuando se superan los 65 años, es posible percibir masas duras en un número cada vez mayor de sacos glandulares.

Las glándulas de Cowper, cuya función es producir un líquido alcalino, escaso en su cuantía, pero con la función de neutralizar los restos ácidos urinarios de la uretra distal, apenas producen líquido en los ancianos de edad avanzada.

Cabe decir que con la edad, el líquido seminal se va haciendo más escaso progresivamente, y también más pobre en sus cualidades funcionales.

En la edad avanzada la testosterona disminuye, al mismo tiempo que la actividad sexual del individuo. El papel de la testosterona es muy importante para el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios, aunque no es el único factor que participa en este sentido, porque se ha comprobado que los ancianos con buenos niveles de testosterona muestran una mala respuesta sexual.

#### **Las razones podrían ser:**

Fallo funcional de las aminas cerebrales, en la vía central dopaminérgica.

Una pérdida de sensibilidad de receptores adrenérgico, hecho que se ha constatado en el curso del envejecimiento, para otras muchas funciones del organismo.

#### **Cambios en el comportamiento y en la respuesta sexual:**

Más tiempo para logra la erección (El hombre joven necesita como promedio sólo de 15 a 30 segundos y el anciano puede demorar hasta 10 minutos). Demora más el tiempo en eyacular, lo cual prolongará más el coito. La erección del hombre de más de 50 años es menos firme debido a que los vasos sanguíneos no son tan elásticos como antes y los músculos son menos potentes, lo que disminuye la intensidad de erección pero nunca en condiciones de salud le hará perder totalmente la capacidad de un contacto sexual normal.

Disminución del eyaculado en cuanto a su volumen y la fuerza con que es expulsado debido a una menor potencia de los músculos eyaculadores y, por lo tanto, de sus contracciones durante el orgasmo. Este factor es muy poco importante, pues pocas veces los miembros de la pareja se percatan de este detalle.

El periodo de detumescencia del pene, o pérdida de la erección después de la eyaculación, se produce con más rapidez, así como el tiempo necesario para logra la próxima erección (periodo refractario) se prolonga.

Erección pudiera disminuir, perderse o recuperarse en una o múltiple ocasiones durante el acto sexual prolongado y en ocasiones el pene no alcanza una completa ingurgitación hasta momentos antes de la eyaculación. Esto depende también de la intensidad de los estímulos sexuales.

Un elemento funcional que debe tener en cuenta es que las erecciones nocturnas, que en todo hombre se presenta durante las fases de sueño acompañado de movimientos oculares rápidos (fase MOR) sobre todo antes de despertarse, son menos frecuentes e intensas según avanza la edad. Este hecho no es notado por muchos hombres aún en su juventud, por lo que su disminución en la madurez no se refiere con frecuencia.

En el anciano y en el hombre maduro predomina la excitación producida por tocamientos y caricias sobre la zona erógenas del cuerpo y la estimulación directa de los genitales. El no lograr la erección satisfactoria o total hasta que la

compañera le caricias directamente los genitales constituye una expresión de que en esa etapa predominan los reflejos medulares, y no una falta de potencia sexual.

El hombre de edad avanzada puede gozar perfectamente el coito sin llegar necesariamente al orgasmo. Después de los 60 años se puede eyacular en uno o dos de cada tres coitos y esto no ser causa de insatisfacción. Las necesidades de contacto sexual en hombres mayores de 60 años de edad puede limitarse a una o dos veces por semana y ser suficiente para su bienestar.

En los ancianos también puede perderse la llamada fase de inevitabilidad eyaculatoria. Esta fase procede en unos escasos segundos a la eyaculación y en ella el hombre se hace consciente de que va a eyacular y no lo puede evitar o controlar. El anciano puede eyacular sin este aviso, que es producto de la contracción de la musculatura de las vías seminales, pero experimenta la segunda fase del orgasmo sin dificultad.

En el hombre mayor de 50 años disminuye la elevación de los testículos dentro del saco escrotal antes de la eyaculación, por la acción de los músculos crémate ríanos

#### **Dentro de los cambios anatómicos y funcionales en la mujer tenemos:**

La redistribución de la grasa, la disminución de la fuerza muscular, la modificación en la distribución del vello, y los cambios osteoarticulares, que favorecen la tendencia a padecer osteoporosis, son algunas modificaciones que van a influir en la actividad sexual.

También son más evidentes los relativos a los caracteres sexuales secundarios y de forma específica a 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.

#### **En el aparato genital, los cambios más significativos son:**

Los labios mayores y menores pierden elasticidad y se muestran atrofiadas progresivas de su capaz dérmicas y epidérmicas, lo mismo que el resto de la vulva. La vagina con su deprivación estrogénica, tiene menos capacidad para su fluidificación, lo que a su vez facilita infecciones locales. Su mucosa se hace más fina y seca, además pierde longitud, se hace más estrecha y menos elástica y reduce su capacidad de distensión.

#### **El clítoris tiene mayor dificultad para la erección:**

Desde el punto de vista endocrino metabólico, los cambios más importantes ocurren durante la menopausia, por el cese de producción de estrógeno, que provoca una serie de cambios fisiológicos: Menos intenso el aumento de tamaño de la mama y se vuelven menos firmes y más planas.

No se observa al principio del coito los cambios tópicos en los labios mayores como: Aplanamiento, separación y elevación y es menor la vaso dilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esa zona. Debilitamiento de las musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existe menor contracción de la vagina durante la fase de plataforma orgásmica.

Menor la elevación uterina.

Contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y en ocasiones dolorosas por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo estos procesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y por lo tanto el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina.

Es necesario insistir en que estos cambios se dan en distintos grados y aparecen en tiempo claramente diferente dependiendo de numerosos factores que explicaremos posteriormente.

Disminución del vello axilar y púbico.

Factores que afectan la sexualidad del adulto mayor. Existen otros factores que afectan las relaciones sexuales con la edad avanzada entre ellos están:

Falta de estímulo sexual provocados por una vida sexual monótona y poco variada. Menor intensidad de las relaciones sociales.

Pérdida de atractivos corporales de la pareja y la creencia de que es incorrecto tener fantasías sexuales en esta época. Agotamiento físico o psíquico propio de la ancianidad disminuye el interés por el contacto y crea temor por el cansancio extra.

Trabajo, jubilación y aspectos económicos (preocupaciones, personas sometidas a elevadas presiones o demandas laborales e intelectuales derivadas de sus cargos, próximo arribo a la jubilación. Este inminente cambio en su rol social y las preocupaciones derivadas de este, cuando no se está preparado para afrontarlo, actúan de igual manera en lo relativo al sexo.

**Viudez:** los sentimientos afectivos desencadenados por la pérdida del cónyuge se hacen evidentes y se agrega en ocasiones a un periodo prolongado de inactividad sexual.

Enfermedades físicas y mentales: Toda enfermedad debilitante o que afecte el psiquismo, por diferentes mecanismos, pueden dar al trazo con toda actividad sexual. La Diabetes Mellitus es un ejemplo típico por mecanismos vasculares y neurogénicos pueden producir pérdida de la erección o presencia de eyaculación retrógrada por falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo

**Medicamentos:** Antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, agentes bloqueadores colinérgicos, benzodicepinas, narcóticos, inhibidores de la IMAO, una adecuada elección del fármaco por el médico, el ajuste de las dosis mínimas necesarias y la discusión franca con el paciente sobre su actividad sexual pueden disminuir las posibilidades de disfunción sexual por las drogas.

**Alcoholismo:** Los cambios hormonales y metabólicos que afectan a todo el organismo, y en especial al SNC y periféricos, disminución de la testosterona y ACTH, temblor extrapiramidal, neuritis alcohólica provocan trastorno de la erección en el hombre y deprimen la libido en cualquier edad.

**Creencias religiosas:** Consideran el sexo como algo pecaminoso con exclusión de su valor reproductivo, o que debe ser limitado dentro de estrictas reglas.

**Temor al desempeño:** El miedo a fallar a no tener erección o a no hacer "un buen papel". En la mujer por temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero. Podemos afirmar que un hombre o una mujer sanos físicamente y psíquicamente entre 50 y 70 años o incluso en edades avanzadas pueden mantener un determinado nivel de actividad sexual.

## **Caracterización de la actividad sexual en el adulto mayor**

### **Cambios en la actividad sexual en el sexo masculino:**

Se produce una disminución paulatina de la actividad sexual, midiendo el número de eyaculaciones por unidad de tiempo.

Disminución de la fortaleza y frecuencia de las contracciones de la musculatura estriada de la pelvis.

Apreciación subjetiva de la percepción de una menor intensidad de placer derivada del orgasmo.

Menor frecuencia de eyaculación precoz.

Cambios en la respuesta y en la actividad sexual en el sexo femenino:

La excitación es más lenta (hasta 5 min.).

Disminución en el número de coitos, y a la vez existe un aumento de la frecuencia de prácticas masturbadoras en la mujer.

La sexualidad del adulto mayor es plena y satisfactoria a lo largo de la vida siempre y cuando no existan enfermedades que invaliden esta función por lo que este tiene derecho de disfrutar plenamente de ella.

### **Biología y fisiopatología**

Los resultados objetivos evidencian que la degradación de la función testicular se relaciona principalmente con los niveles de testosterona. (Los niveles normales están entre 300 y 800 ng/ml). Si se escoge la cifra límite de 300 ng, en el hombre normal se detecta que, el 7% de los sujetos masculinos de 40 a 60 años están cercanos a este nivel; el 20% entre los mayores de 61 años y menores de 80, y más del 35% en los ancianos que sobrepasen los 81 años de edad.

Esquematizando, el nivel de testosterona disminuye un 1% por año entre los 40 y 70 años.

Esta disminución se evidencia de manera tajante en los niveles de testosterona libre, mientras que la TEBG (proteína portadora de la testosterona) aumenta. Un elemento fisiopatológico se aclara: la amplitud de los picos de LH disminuyen, posiblemente por su relación con una disminución de la masa neuronal secretante de la LH-RH.

Ciertos puntos de impacto de la testosterona han sido objeto de estudio, como la correlación positiva entre la fuerza muscular y los niveles de testosterona libre. Un estudio hecho con 67 voluntarios entre 45 y 74 años, mostró una correlación positiva entre la tumefacción peneana nocturna y la testosterona libre, que disminuyó a partir de los 55 años. Además, el hipogonadismo se acompañó de desmineralización ósea.

Tratamiento sustitutivo

Los criterios actuales no están claramente definidos. La razón principal es la falta de datos objetivos y evidentes frente a los resultados de esta sustitución. La indicación es casi obvia en el caso de signos clínicos que indiquen un déficit confirmado por laboratorio. Más delicada es la indicación del tratamiento fuera de todo contexto patológico. Las ventajas esperadas son el reforzamiento de la masa muscular, una disminución relativa el tejido graso, una protección mineral ósea y una mejor función sexual. Una consecuencia negativa podría ser una alteración de la fibrinólisis.

Los tratamientos propuestos son las preparaciones inyectables de acción retardada (250 a 500 mg de testosterona por mes). Un estudio terapéutico hecho en 13 voluntarios sanos (Tenover, 1992) con edades comprendidas entre los 51 y 76 años, con enantato de testosterona durante tres meses, mostró una ganancia de masa muscular, una disminución de la reabsorción ósea y una disminución del colesterol total. Sin embargo, se

evidenció una elevación del hematocrito y un aumento en el nivel de las fosfatasa alcalinas específicas. El tamaño de la próstata no se modificó.

La andropausia es una realidad en el anciano, pero es una realidad variable que no corresponde a un efecto tajante como el de la menopausia.

La indicación de un tratamiento sustitutivo permanece ligado a una situación sintomática. El paso consiste en instaurar un tratamiento sistemático a partir del momento en que el déficit de testosterona sea evaluado y cuantificado. La pregunta es ¿cuándo hacer esta cuantificación biológica? Una respuesta que exige todavía muchos puntos de apoyo. Por tanto, una gran prudencia es necesaria todavía.

Mientras recordemos que, como parte del amor existe la comunicación física, tanto el hombre como la mujer son capaces de tenerla y, mejor aún, cuando se sustenta en la comunicación espiritual, intelectual y recreativa, rodeada de respeto y espontaneidad.

## **TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: Las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

**I. TEORIAS ESTOCASTICAS:** Envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

A. Teoría del error catastrófico

B. Teoría del entrecruzamiento

C. Teoría del desgaste

D. Teoría de los radicales libres (envejecimiento como producto del metabolismo oxidativo).

**II. TEORIAS NO ESTOCASTICAS:** El envejecimiento estaría predeterminado.

A. Teoría del marcapasos

B. Teoría genética.

**1. Teoría del error catastrófico:** Orgel, 1963 (poca evidencia científica lo apoya). Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de tRNA defectuoso con la edad, etc).

Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento

y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de "cataratas" es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies con el envejecimiento.

#### **4. Teoría de los radicales libres: Denham Harman, 1956.**

Esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O<sub>2</sub> no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría

Causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos oxidados. Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevivencia. Desgraciadamente, faltan más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de

Radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras. Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías.

Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad.

## **II. TEORIAS NO ESTOCASTICAS (Genéticas y del desarrollo)**

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el

envejecimiento, pero a partir de la progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

### **1. Teoría del marcapasos: (Poco probable)**

Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento", según Burnet, 1970.

Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

### **Evidencias del control genético de la longevidad: (2)**

- ✓ Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.
- ✓ Existe una mucho mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.
- ✓ La sobrevivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos.
- ✓ La relación peso cerebral / peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados.
- ✓ En los dos síndromes de envejecimiento prematuro (S. de Werner y Progeria), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria. A nivel celular es conocido el fenómeno de la APOPTOSIS, o muerte celular programada. En el hombre, células de piel fibroblastos obtenidas de recién nacido se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores).

Se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa). En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad. Faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales. No encontré una teoría sobre envejecimiento que pueda explicarlo todo.

Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

- ❖ Genética.
- ❖ Ambientales (tabaco, contaminantes). (barrera biológica).
- ❖ Estilo de vida (sedentarismo, dieta).
- ❖ Longevidad = entre = especies.
- ❖ Enf. asociadas (ATE, DM, etc.).
- ❖ Similar edad y causa muerte entre gemelos monocigotos.

- ❖ Longevidad familiar.
- ❖ Mayor sobrevivencia en sexo femenino.
- ❖ Síndrome. Hutchinson - Gilford (Progeria).

El proceso de envejecimiento sería el resultado de la interacción entre las toxas que atacan al organismo, y los mecanismos de defensa, todo esto en un individuo con su carga genética determinada.

1. Aún falta mucho por comprender acerca del proceso de envejecimiento.

Se está lejos de encontrar la "fórmula de la eterna juventud".

Teóricamente, la prolongación de la vida tendría un máximo determinado por la longevidad de cada especie. El objetivo sería igualar la expectativa de vida con la máxima sobrevivencia.

2. Si bien es cierto, el envejecimiento es un proceso universal, no ocurre en forma uniforme en los diferentes individuos de una misma especie, ni tampoco en los distintos órganos de una misma persona. Es característicamente heterogéneo.

3. En la práctica, lo que realmente importa es la **edad funcional** de la persona, y no su edad cronológica. Es ésta la que va a indicar su capacidad de autovalencia para las actividades del diario vivir.

## DISFUNCIONES SEXUALES.

**Cardiopatías:** Posterior a un infarto los pacientes disminuyen notablemente la actividad sexual, esto es en gran medida por el miedo de presentar un nuevo episodio de infarto, la mayoría de las veces es por que la causa principal que desencadenó este episodio, fue un periodo de estrés ya sea moderado o intenso, y las actividades sexuales exigen una mayor actividad física, por lo consiguiente un gran esfuerzo al corazón. Los mecanismos adaptados en el acto sexual exigen un aumento en la frecuencia cardíaca la cual es con mayor intensidad en el clímax del coito llegando incluso a duplicar la frecuencia cardíaca y por lo siguiente un mayor gasto cardíaco.

La mayoría de las quejas con los médicos acerca de las disfunciones sexuales proviene de las mujeres casadas. Estas se sienten inconsolables por que no pueden lograr el orgasmo con facilidad, o por que carecen del apetito sexual. Se hallan atormentadas por que no sienten deseo alguno por sus esposos. O se quejan de que hallan el sexo como una experiencia aterradora o que es físicamente molesta y repugnante o, a veces, dolorosa.

En muchas de las circunstancias el problema yace en la ignorancia acerca de las técnicas sexuales o en una información llena de prejuicios acerca de la sexualidad, que puede corregirse con facilidad con el asesoramiento de un profesional.

Tanto el hombre como en la mujer, la respuesta sexual consiste en dos componentes distintos y algo independientes. Primero la vasocongestión genital que produce la erección del pene y la lubricación de la vagina e hinchazón de los tejidos de la vagina y de los labios. El segundo es el reflejo de la contracción muscular involuntarias clónicas, que se implican en el orgasmo de uno y de otro sexo.

Hay seis clases principalmente de disfunciones sexuales, de los cuales tres afectan a cada uno de los sexos. En el hombre se aprecia la disfunción de la erección o la impotencia, que implica que se ha perdido parcial o totalmente

la capacidad de la turgencia del pene y esto limita la inhibición de los aspectos vasocongestivos de la respuesta sexual. La primera es la eyaculación prematura, en la cual el hombre no puede controlar a voluntad la aparición del orgasmo. El resultado es que llega el clímax antes de que lo desee. La segunda es la eyaculación retardada (o insuficiencia eyaculatoria), en la cual, si ésta ocurre es demasiado tardía a pesar de que está recibiendo lo que ordinariamente se considera una estimulación adecuada.

La primera clase de disfunción sexual en la mujer es la falta de respuesta sexual (llamada también disfunción sexual general), en la cual aquella no posee placer erótico a partir del coito. El trastorno se parece a la disfunción de la erección del hombre en la que no existe vasocongestión ni lubricación vaginal. La segunda es la disfunción orgásmica, en la cual una mujer, aunque emita una respuesta sexual, experimenta dificultad en grado variable para lograr el orgasmo. Este trastorno es como la eyaculación retardada. La tercera modalidad es el vaginismo, no tiene parangón en el hombre. En este trastorno los músculos que rodean circularmente la abertura vaginal sufren un espasmo cuando se intenta la penetración lo que hace imposible el coito (DSM-III 1980). Algunos autores también relacionan lo que es la anestesia sexual en la mujer como el cuarto trastorno y no como una disfunción. En la anestesia sexual, la mujer padece neurosis de conversión, como resultado del cual, “no siente nada” cuando recibe estimulación sexual, aun cuando pueda gozar del calor y el pacer de la cercanía física que esa misma estimulación le proporciona. La estimulación del clítoris no le produce más que una sensación de leve contacto físico, y la mujer puede no estar capacitada para discernir cuando el pene penetra en su vagina.

### **Disfunción eréctil**

#### **Definición:**

Es la incapacidad persistente para alcanzar y mantener una erección el tiempo suficiente para lograr una actividad sexual satisfactoria en pareja.

#### **Fisiología de la erección normal:**

El tono de las paredes de músculo liso, regulado por la cantidad de calcio de las células, de las arterias helicoidales y los espacios trabeculares, es el modulador del proceso de erección. Una serie de neurotransmisores y factores derivados del endotelio de músculo liso controlan la flaccidez y la tumescencia del pene.

#### **Relajación del músculo liso (erección):**

La sintetiza de óxido nítrico produce L-arginina, que a su vez produce óxido nítrico, principal neurotransmisor de este sistema. El óxido nítrico se difunde en las células de músculo liso del tejido erector, donde activa la ciclasa de guanilo, el segundo mensajero del sistema. La ciclasa de guanilo convierte el trifosfato de guanilo (GTP) en monofosfato cíclico de guanilo (cGMP), que activa la bomba de sodio para abrir los canales de calcio y en consecuencia disminuye el calcio intracelular. Mediante este mecanismo, se logra una gran vasodilatación y relajación muscular que permite la entrada masiva de sangre al pene y con ello la erección. La activación de 5-fosfodiesterasa (PDE-5) finaliza el efecto del cGMP.

El pene utiliza otro tipo de vasodilatadores, como el polipéptido vasoactivo intestinal y la prostaglandina. EL ambos a través del sistema de ciclasa de hádenlo.

### **Contracción del músculo liso (deflexión):**

La noradrenalina (NA) es un vasoconstrictor que antagoniza la relajación del músculo liso. La NA activa los receptores adrenérgicos alfa-1 en las membranas de las células del músculo liso, los cuales están vinculados con un segundo mensajero que incrementa el calcio intracelular y estimula el mecanismo contráctil que expulsa la sangre del tejido eréctil para recuperar la flacidez.

### **Factores de riesgo:**

Aunque la edad es un factor de riesgo importante para la disfunción eréctil, hay algunos otros, como DM, HAS, dislipidemias, depresión y tabaquismo. La Obesidad y el consumo excesivo de alcohol también se consideran factores de riesgo, así como hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica, hipogonadismo, hiperprolactinemia, intervención quirúrgica radical y radioterapia pélvica, además los traumatismos con rotura de huesos pélvicos, la sección medular y los padecimientos neurológicos degenerativos.

### **Causas de disfunción eréctil:**

Cualquier trastorno del funcionamiento neurológico y vascular puede dar origen a la disfunción eréctil.

- 1.- **Psicógenas:** Ansiedad, pérdida de atracción física, relajación disfuncional, estrés, mensajes sociales negativos respecto al envejecimiento, son los principales.
- 2.- **Siquiátricas:** Depresión.
- 3.- **Neurógenas:** Traumatismo, mielodisplasia, hernia discal, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, DM, alcoholismo, operación pélvica.
- 4.- **Endocrinas:** Testosterona baja, globulina unidora de andrógenas elevada, hiperprolactinemia.
- 5.- **Arteriógenas:** Hipertensión, tabaquismo, DM, hiperlipidemias, enfermedad vascular periférica, arteriosclerosis.
- 6.- **Medicamentos:** Destacan principalmente los utilizados en tratamientos para padecimientos crónico degenerativos como HAS, cáncer, depresión:
  - a) Tranquilizantes mayores como las fenotiacinas, butirofenonas, tioxantinas, y atípicos.
  - b) Antidepresivos tricíclicos, y de otros grupos, benzodiacepinas, y barbitúricos.
  - c) Anticolinérgicos: atropina, propantelina, butilioscina, etc.
  - d) Antihistamínicos: Dimenhidrinato y difenhidramina.
  - e) Antihipertensivos: Cualquiera pero sobre todo bloqueadores beta y bloqueadores de calcio.
  - f) Antiandrógenos: agonista Lh-Rh.
  - g) Sustancias psicotrópicas: Alcohol, marihuana, anfetaminas, nicotina, y opiáceos.
  - h) Misceláneos: Cimetidina, clofibrato , digoxina, estrógenos e indometacina entre otros.

Tomaremos en cuenta que las enfermedades vinculadas a menudo son depresión, 70%, DM 50%, cardiopatías 40% e HAS 15% y éstas pueden estar relacionadas en un mismo paciente por lo tanto debe elegirse adecuadamente los medicamentos y de ser necesarios suspenderse.

La disfunción sexual desciende a lo largo de un continuo de 11 puntos:

- 1.- Ausencia total del deseo y de capacidad para la erección.
- 2.- La presencia de deseo eróticos no acompañados por una capacidad física de una erección.
- 3.- Capacidad de lograr la erección parcial por medio de recursos especiales de estimulación.
- 4.- Erección intensa y capacidad para tener el coito sólo si se puede mantener la tumescencia, mediante métodos especiales de estimulación.
- 5.- Erección matutina espontánea, pero ausencia de las mismas para en otros momentos del día, no importa cuan estimulante sea la técnica que se emplee.
- 6.- Erecciones débiles casi bajo cualquier circunstancia, pero las que son firmes y la penetración vaginal solo son posibles bajo estimulación profusas caricias del pene.
- 7.- Erecciones que se producen por caricias sobre todo en otras partes del cuerpo.
- 8.- Erecciones espontáneas si el estímulo no táctil es intenso.
- 9.- Erecciones espontáneas e inmediatas, aun cuando el estímulo erótico sea muy débil.
- 10.- Erecciones fuertes, vigorosas y espontáneas acompañadas por un estímulo sexual intenso.
- 11.- Erecciones muy fuertes y muy vigorosas y un poderoso deseo sexual. Un hombre con este grado de potencia puede tener muchos y prolongados coitos durante un solo contacto sexual, con o sin eyaculación y puede tener dos o más orgasmos sin la pérdida de la erección.

La impotencia primaria implica la incapacidad del hombre para mantener o lograr un coito. Algunas de las causas que con mayor frecuencia implican este tipo de trastorno son: la familia en especial la influencia materna desagradable; la ortodoxia religiosa intensa que influyo en el desarrollo psicosocial del individuo en forma negativa; la implicación homosexual o una relación sexual que ha dejado cicatrices emocionales con una prostituta. Estas mismas circunstancias pueden presentarse en la vejez pero en lo relacionado con la madre es suplido por los hijos y la familia.

La impotencia secundaria se define como la disfunción secundaria en la cual el hombre ha tenido por lo menos una experiencia costal fructífera, pero mas tarde se encuentra incapacitado para ella (Un solo fracaso, no debe considerarse por ninguna manera significado de impotencia).

**Diagnóstico:**

La historia clínica con énfasis orientando hacia signos clínicos, psicológicos o psiquiátricos. Los exámenes de laboratorio además de los generales (BH, QS, ES, EGO), incluyen testosterona sérica globulina unidora de hormonas sexuales, prolactina, perfil tiroideo, perfil lipídico, y antígeno prostático específico.

También tenemos en cuenta el USG doppler del pene y cavernosograma con sustancias vasoactivas, terminación de la conducción nerviosa y latencia de reflujo bulbocavernoso y arteriografía con sustancias vasoactivas. La ansiedad establece la etapa de impotencia secundaria; cuando un hombre no logra la erección del pene en 25% de sus intentos sexuales, el padecimiento puede diagnosticarse correctamente como impotencia secundaria.

Existe un hecho muy claro: Todo hombre con erecciones matutinas es capaz de funcionar sexualmente, y cualesquiera fracasos en sus intentos de coito tienen un origen psicológico y nunca físico. Casi todos los hombres tienen erecciones cada 60-80 min. Durante el sueño, (y la mujeres durmientes desarrollan lubricaciones vaginales en más o menos los mismos intervalos), aunque no sean capaces de tener erección durante el coito.

Causas de impotencia secundaria en orden de frecuencia descendente: Antecedentes de eyaculación prematura; excesivo consumo de alcohol; dominio paterno o materno excesivo durante la niñez; ortodoxia religiosa inhibitoria; conflictos homosexuales; asesoramiento sexual inadecuado y algunos inhibidores fisiológicos.

Tratamiento:

Este debe incluir cambios en el estilo de vida, retiro de algunos fármacos, restricción hormonal y según la causa reconstrucción vascular después del traumatismo pélvico o corrección de la enfermedad de Peyronie.

Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5: sildenafil, vardenafil, tadalafil, individualizando su elección a cada paciente, la dosis debe ajustarse en quienes se encuentran en tratamiento con inhibidor del citocromo P-450 CYP3A4 (eritromicina, ketoconazol, inhibidores de proteasa) porque inhiben al medicamento. Tomaremos en cuenta que pueden alterar la función visual. La prostaglandina E1, se puede utilizar como supositorio intrauretral. La papaverina, fentolamina, y el polipéptido vasoactivo intestinal moxisilato son los más empleados. Cuando la terapéutica farmacológica no da resultado se han utilizado la bomba del vacío y las diferentes prótesis del pene.

**Alteración de la función eyaculatoria.**

La eyaculación prematura es cuando el hombre no puede retardarla lo suficiente después de la penetración como para satisfacer a su pareja cuando menos en la mitad de los coitos que realiza. La medida crucial de la prematuridad en la eyaculación es la ausencia del control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio, independientemente de si esto ocurre después de dos o cinco movimientos pélvicos, o si ocurre antes de que la mujer llegue al orgasmo o no. El hombre que eyacula de manera prematura no ha aprendido a controlar su eyaculación, debido a que no logra la identificación de las sensaciones que preceden al orgasmo. La ansiedad que el sujeto ha experimentado en el pasado durante este breve periodo, ha interferido con su proceso de aprendizaje. A diferencia de la erección que no puede controlarse por la voluntad, la eyaculación y el orgasmo tienen la posibilidad de someterse a un

control con un entrenamiento adecuado, los hombres pueden aprender a descubrir las sensaciones que producen el orgasmo y luego a controlar la eyaculación. En la vejez también se presenta este tipo de trastornos con poca frecuencia pero que por lo regular existe desde la etapa reproductiva, la cual no se ha tratado pero es posible en estas etapa iniciar con tratamiento para evitar hasta donde sea posible los factores de riesgo, los cuales llevaron al paciente a este padecer. Sin embargo no se trata como tal por todos los prejuiciosos los cuales debe enfrentarse, desde lo SOCIAL pasando por lo cultural hasta un correcto tratamiento en lo funcional.

### **Tratamiento:**

Existen principalmente técnicas específicas para tratar este padecer, la eyaculación prematura constituye un fenómeno reversible, pero la técnica de retardar el orgasmo puede aprenderse. Es posible el autotratamiento, pero debido a que el problema se comparte, la mejor oportunidad de éxito yace cuando ambos cónyuges consultan al psicoterapeuta en. Tratamiento de sus problemas sexuales. La finalidad de la terapéutica es el aprendizaje de cómo reconocer los signos del orgasmo inminente. A menudo resulta útil el uso de un lubricante en la estimulación del pene con la mano. Sin embargo el hombre encuentra que esto es demasiado excitante debe abandonarse en los primeros encuentros sexuales. Una vez que el hombre aprende a controlar su urgencia sin lubricantes puede volverse a ampliar esta técnica. Después la mujer estimula al hombre hasta que este tiene sensaciones inminentes de la inevitabilidad eyaculatoria (el momento en el cual el siente inminente la eyaculación del líquidos seminal, y siente que ya no puede controlarlo). En este momento el hombre hace una señal para que cese todo estímulo y deje que pase la urgencia de la eyaculación. Una vez que esta ase ha abatido la mujer reanuda sus estímulos. Esta secuencia de "empiece-pare" se repite varias veces. Luego se permite que el hombre eyacule. Esta técnica es la misma que se utiliza en el anciano.

Técnica de estrujamiento cuando el hombre señale a su cónyuge que se detenga la estimulación, la mujer no solo cesa la estimulación manual del pene, si no que también aplica una presión inmediata al glande, al colocar su pulgar por debajo del frenillo y dos dedos por arriba, u no adelante del borde de la corona y el otro atrás sobre la diáfisis. Debe aplicarse una presión intensa pero que no provoque dolo durante varios segundos, hasta que la erección haya desaparecido. Esta estimulación y estrujamiento alternos deben realizarse 4 veces cada una con una duración de 15 a 20 min. Se le permite al hombre que eyacule en el último ensayo de estimulación-estrujamiento en cada sesión de entrenamiento

### **Eyaculación retardada.**

La eyaculación retardada o el sobre control eyaculatorio es una clase relativamente rara de desajuste sexual, en la cual el hombre tiene dificultad para eyacular mientras su pene se encuentra dentro de la vagina. Sin embargo puede eyacular al masturbarse o al estar en un encuentro homosexual o, en el caso de algunos hombres casados, con alguna mujer que no sea su esposa. O puede no eyacular bajo ninguna situación o circunstancia. En otros casos el temor a un embarazo, la infidelidad de la mujer y el peligro de interrupción

durante el coito pueden provocar que un hombre, conciente o inconscientemente retenga su eyaculación.

Tratamiento de la eyaculación retardada:

Se debe instruir a la mujer para que emplee técnicas manuales u orales de estimulación genital, o recurra a apoyos artificiales (alguna crema o loción que tenga la consistencia de la secreción vaginal), para estimular al hombre a que tenga un orgasmo extravaginal. Una vez que aquel ha eyaculado, no importa cuanto tiempo le tome, la pareja puede superar un obstáculo psicológico importante. "Cuando ella le ha proporcionado placer, él la identifica (con relativa frecuencia por primera vez durante todo su matrimonio), como un símbolo de placer, y no como una imagen objetiva, quizá contaminada del sexo...

Algunos hombres pueden alcanzar el orgasmo si se quedan solos con su cónyuge, lejos del hogar. La terapéutica de desensibilización que implica a ambos cónyuges con frecuencia tiene éxito. En la misma se instruye al hombre para que se masturbe a puerta cerrada, empleando su lubricante favorito y concentrándose en su fantasía favorita, mientras su mujer permanece en otra parte de la casa. Una vez que se ha alcanzado el orgasmo en estas circunstancias, en la siguiente ocasión se masturba otra vez con la mujer en el cuarto subyacente. Después ella permanece en el mismo cuarto con él y observa la misma acción masturbatoria. Como etapa siguiente se integra al coito hasta que la mujer ha llegado al orgasmo, después, el hombre se sale de la vagina hasta lograr el clímax. La finalidad de este procedimiento es establecer una firme asociación entre el coito heterosexual y el orgasmo. Así la mujer emplea un lubricante y estimula manualmente al varón hasta que este alcanza el orgasmo. Después que han llegado a esta etapa se prohíbe al hombre llegar al orgasmo mediante la masturbación. En ese punto se utiliza la maniobra el puente masculino. En ella la mujer estimula al hombre hasta el punto del orgasmo en cuyo surgimiento ella la penetra y empiezan los movimientos coitales mientras continua estimulando el pene con la mano. Cuando esta a punto de eyacular el hombre pide se suspenda la estimulación y penetra a la mujer.

### **Alteraciones del funcionamiento sexual femenino.**

Los factores causales de las dificultades sexuales de una mujer pueden ser orgánicos, por dificultades en sus relaciones interpersonales o psicológicas. Las causas orgánicas incluyen lesiones o deficiencias constitucionales en el sistema sexual, desequilibrio hormonal, trastornos del sistema nervioso, inflamación o lesión de los órganos sexuales internos o externos y zonas aledañas, así como el uso excesivo de medicamentos y el proceso normal del envejecimiento. Las causas más comunes y más importantes de las disfunciones sexuales en la mujer son las psicológicas, y típicamente problemas emocionales como la vergüenza, la culpabilidad y el terror. Ellas pueden esperar dolor físico durante el coito, y por tanto tenerlo, puede temer el rechazo a la condena de su amante, si ella se librea para liberarse sexualmente; también es posible que tema a quedar embarazada.

### **Falta de respuesta sexual.**

Las mujeres que no proporciona una respuesta sexual varían considerablemente en su capacidad para experimentar sensaciones eróticas o

placer sexual. Algunas están completamente desprovistas de deseo y consideran al coito como algo insoportable, aterrador e intolerable, y solo se someten a él para preservar la relación del matrimonio; algunos no encuentran ningún placer erótico en el mismo, pero obtienen plenitud emocional con la intimidad física del coito.

Tratamiento del estado refractario sexual femenino.

Se recomienda las siguientes sugerencias de autoterapia.

- 1.- Selecciónese un momento adecuado para la actividad sexual, por ejemplo, cuando la mujer este descansada y tan libre de preocupaciones inmediatas como sea posible.
- 2.- Deberá existir solo el mínimo desacuerdo entre los cónyuges en el momento elegido.
- 3.- La bondad, el amor, la humildad, y la comprensión habitualmente producen óptimos resultados en comparación con un tratamiento drástico.
- 4.- El marido deberá familiarizarse con las partes del cuerpo de su esposa que responden especialmente a la estimulación, deberá acariciarlas con todo su amor.
- 5.- A menudo es útil el tomar pequeños breves periodos de descanso entre las diferentes frecuencias del juego amoroso.
- 6.- La estimulación genital, particularmente la clitorídea, debe preceder a la introducción del pene.
- 7.- Los estimulantes leves a veces son necesarios y útiles.
- 8.- Es útil que el esposo se encuentre en sus fantasías sexuales eróticas mientras que el esposo la estimula mediante frases eróticas con un énfasis en su interés y su placer por ella. La conversación sexualmente estimulante a menudo es benéfica.
- 9.- Si se logra la estimulación, pero hasta cierto punto la mujer permanece insensible, entonces se recomienda uno o más de los siguientes procedimientos: presión sobre los órganos sexuales firme y rítmica, movimientos intermitentes y vigorosos y estimulación verbal. Una mujer que se autoestimula ayuda a sus esposos en sus intentos para estimularla.

Se estimula a la mujer para que se abandone a la experiencia erótica, aunque puede necesitarse psicoterapia para eliminar la culpabilidad y el temor que bloquean la respuesta sexual natural.

Después que la estimulación del foco de sensación ha provocado percepciones eróticas y sensuales en la mujer, su amante procede a un juego amoroso genital suave acariciándole los pezones, la región del clítoris y la abertura vaginal. Puede ser de utilidad un lubricante para este punto. El juego amoroso no debe estar orientado a la producción del orgasmo debido a que la mujer podría sentir una demanda imperiosa de que aquello acabe, y por tanto evadirse de esta situación emotiva. Una vez más no debe haber compulsión alguna en la producción del orgasmo.

### **Alteración de la función orgásmica.**

La disfunción sexual de la cual las mujeres se quejan con mayor frecuencia es la orgásmica, que implica:

- 1.- La incapacidad para lograr el orgasmo, o
- 2.- La capacidad para lograr el orgasmo por otros medios que no sean el coito,
- 3.- La presencia de orgasmos coitales que son mas lentos de alcanzarse de lo que desean las parejas sexuales de una mujer.

La disfunción orgásmica se clasifica como primaria o circunstancial. La mujer en la categoría primaria nunca ha logrado el orgasmo, independientemente del método que haya usado para obtener la estimulación sexual.

La mujer en la categoría circunstancial ha logrado obtener cuando menos un orgasmo en su experiencia sexual con el coito, la masturbación o alguna otra clase de estimulación, pero ya no puede conseguirlo a partir de cierto periodo.

Las causas de la disfunción son las mismas que en la anorgasmia y la incidencia y prevaencia de las causas de origen son similares. En ocasiones algunos autores refieren que este tipo de trastornos está acompañado el uno del otro, pero pueden existir por separado.

El tratamiento en este caso implica el tener que hacer que la mujer sobre primero el orgasmo mediante la masturbación, luego por la estimulación clitorídea por parte de su cónyuge y, finalmente por medio del coito.

Una vez que la mujer puede alcanzar el orgasmo por si sola, empieza la segunda etapa de su acondicionamiento, el cual incluye a su cónyuge; por ejemplo, al lograr un orgasmo por medio de la masturbación, mientras él se encuentra fuera del dormitorio, luego cuando él esta en la misma recamara y mas tarde a un lado suyo en el mismo lecho, quizá observándola como se masturba hasta alcanzar el orgasmo. Finalmente el varón sostiene el vibrador o estimula manualmente a su compañera hasta llegar al orgasmo. La mujer continúa con la utilización de cualquier fantasía o acción física que le haya ayudado en su primera fase de acondicionamiento.

Como tercera fase del tratamiento de la mujer anorgásmica se recurre a las dos anteriores para el foco de sensación y el coito sin exigencias, y la continua una técnica crucial denominada maniobra del puente femenino.

### **Sensación de cuerpo extraño en la vagina:**

Se define como cualquier saliente, constante o durante el esfuerzo, total o parcial, de cualesquiera de las paredes vaginales en la luz de la vagina. Los antecedentes que pueden causar cualquier trastorno Son:

1.- Cambios relacionados con el envejecimiento; después de la menopausia existen modificaciones histológicas, morfológica y funcionales que consiste en reducción de índice de colágeno, involución de las fásias ligamentos y músculos estriados pélvicos, y perdida del tono vaginal por deficiencia de estrógenos.

2.- Obesidad: la relajación de los músculos extensores de la columna vertebral y de la pared abdominal, acentúa la cifosis torácica y la lordosis lumbar. La pelvis se coloca en anteversión y el cinturón abdominal pierde tino. Esto propicia que las fuerzas se dirijan hacia la hendidura vulvar y cause el prolapso. Es posible observar descenso de la pared anterior (cistocele), en ocasiones con ureterocele, y descenso de la pared posterior (rectocele), y el fondo de saco de Douglas (enterocele).

El prolapso se clasifica según con el nivel descenso con el paciente en posición decúbito dorsal:

Prolapso de primer grado: El descenso no llega a la vulva.

Prolapso de segundo grado: El descenso alcanza la vulva.

Prolapso de tercer grado: por el descenso protruye la vulva.

Ante la sensación de cuerpo extraño, se inicia una separación en las relaciones sexuales, en parte por el miedo de agravar la lesión y en parte por las condiciones psicológicas, las cuales merman la frecuencia en el intento por lograr una relación placentera. De primera estancia recordemos que nuestra sociedad implica placer primero del hombre, y si el lo considera inapropiado la mujer iniciara un sentimiento de culpa por lo ocurrido.

### **Prurito.**

El prurito Vulvar es frecuente en mujeres mayores de 60 años y se debe a los cambios que se presentan en el proceso de envejecimiento de la vagina y el introito, esto es, enrojecimiento difuso secundario al adelgazamiento del epitelio vaginal. Se acompaña de malestar vulvar ardor y dispareunia. En ocasiones puede ser uno de los síntomas de infecciones repetitivas o persistentes de la vagina o vulva, las cuales se tornan con mayor frecuencia debido a la baja concentración de estrógenos lo cual produce una atrofia paulatina la cual se acentúa durante el proceso de envejecimiento y los síntomas son cada día mas frecuentes y con mas intensos.

El prurito puede tratarse con corticoesteroides y testosterona locales en caso de distrofia. El prurito puede tratarse con antibióticos cuando es secundaria a infecciones vulgares o vaginales. La terapia fundamental son los estrógenos en crema u óvulos los cuales mejoran notablemente los síntomas.

### **Perdida involuntaria de la orina.**

El epitelio plano estratificado de la uretra y la vejiga posee receptores para estrógenos y progesterona y por tanto existe una dependencia hormonal que se modifica a lo largo de la vida. Después de la menopausia, con el cese del estímulo hormonal, tanto estas estructuras como el tejido conectivo subyacente se adelgazan y debilitan, lo que propicia incontinencia.

Existen diferentes tipos de incontinencia:

- 1.- Incontinencia de esfuerzo genuina: Ocurre cuando la presión intraabdominal se incrementa.
- 2.- Urgencia urinaria: Consiste en un deseo imperioso de orinar con salida involuntaria de orina.
- 3.- Incontinencia mixta: lo que se acompaña de un esfuerzo y necesidad urgente de orinar.
- 4.- Incontinencia inconsciente: El paciente no percibe la necesidad de orinar (demencia).
- 5.- Incontinencia transitoria: Se presenta en enfermedades sistémicas no controladas como diabetes Mellitus, delirium, enfermedad vascular cerebral, etcétera.
- 6.- Incontinencia por rebosamiento: Secundaria a Trastornos neurológicos, locales como vejiga neurógena.
- 7.- Incontinencia secundaria al uso de medicamentos, incluidos sedantes, diuréticos, Anticolinérgicos, bloqueadores adrenérgicos alfa, etcétera.

La incontinencia como las anteriores tienen un importante impacto psicológico sobre los pacientes, principalmente sobre el sexo femenino y en las mujeres que durante su vida tuvieron hábitos higiénicos con buena calidad los cuales repercuten con rechazo y aislamiento sobre la pareja principalmente y

posteriormente sobre los demás miembros de la familia, la cual implica una serie de cambio en su comportamiento.

Uno de los tratamientos es sin duda la rehabilitación por medio de ejercicios. Los ejercicios de Kegel para reestablecer el tono del piso pélvico, consiste para restablecer la fuerza del piso pélvico, contrayendo la musculatura del piso pélvico con duración de 5 segundos cada vez; se realizan 3 sesiones de 5 a 20 contracciones por días.

### **Hemorragia trasvaginal.**

Cuando se confirma que la hemorragia es trasvaginal es necesario realizar una biopsia transvaginal. Cuanto Mayor es la paciente mas probabilidades hay de alteraciones malignas. El presentar un sangrado trasvaginal implica una serie de cambios producidos principalmente por la preocupación de la paciente ante este nuevo cambio en su cuerpo. Este debe ser debidamente entendido por la pareja y el asesoramiento por parte del Médico Familiar es de importancia trascendente para continuar con una vida sexual en plenitud, la cual por las múltiples preocupaciones de ve afectada.

### **Leucorrea.**

La vulva, la vagina, la uretra, el trigono y la vejiga, comparten el mismo origen embriológico, puesto que todos están dotados de receptores estrogénicos y progestacionales en igual proporción, la atrofia y sus efectos secundarios son similares.

La Falta de estrógenos produce una vagina llamada senil, cuyo estrechamiento, dificulta o impide la adecuada exploración y la visualización del cuello uterino. La mucosa que es fina, menos elástica y seca, pierde la configuración rugosa, y en ocasiones se observan petequias y ulcera. El estrógeno determina que el PH tenga una acidez menor de 4.5 esta acidez es producida por las bacilos de Doderlein, los cuales por medio de su bioquímica convierten los carbohidratos en ácido láctico.

Sin duda las alteraciones en las características normales en la vagina implican el consultar al medico, el cual la mayoría de las veces no tiene a detalle una explicaciones que implique el continuar con el desarrollo normal de sus actividades, por lo contrario solo se limita a establecer el tratamiento olvidándose que también como mujer tiene necesidades las cuales dependiendo de sus relaciones de pareja sean o no necesario dentro de actuar en su matrimonio, lo cual implica un rechazo hacia la pareja, y muchas veces tomando medida d inapropiadas en pareja.,

### **Disfunciones sexuales.**

La capacidad de disfrutar de la sexualidad en todas sus formas permanece siempre. Una de las disfunciones más frecuentes es la inhibición del deseo sexual, la cual puede ser primaria esto es presente durante toda la vida, o secundaria es decir de reciente aparición. Otra disfunción habitual es la anorgasmia que consiste en la falta de orgasmo durante la excitación sexual normal. La siguiente disfunción muy común en etapas tardías de la vida es la dispareunia que se define como la dificultad para el coito. La dispareunia puede diferenciarse del vaginismo, que es la contracción persistente de los músculos perineales que impide el coito.

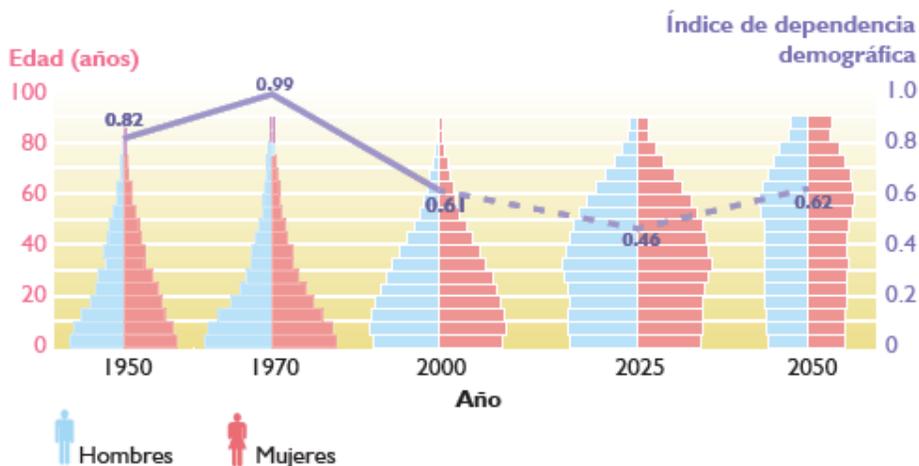
**Enfermedades circunstanciales.**

Todas las estructuras del matrimonio se afectan habitualmente por disfunciones sexuales, debido a que el sufrimiento expresado por un cónyuge afecta directamente al otro. Algunos investigadores han hecho hincapié de manera repetida en que, no importa de que manera de adquiera la dificultad, "No hay adversidad alguna tan grave como aquella en que un cónyuge presenta cualquier modalidad de disfunción sexual". Además también se pueden tener fricciones con cualquier miembro de la familia indistintamente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro presente nos enfrentamos a cambios en la esperanza de vida, por ello es importante enfocar la atención a mantener una calidad de vida aceptable, en la cual está implicado el desarrollo de la sexualidad, esta se puede interpretar como una expresión de género, y es importante recordar que este y sus implicaciones son hasta el último día de vida prolongados.

Estadísticas del envejecimiento en México.



**Pirámides de edad e índice de dependencia demográfica, 1950-2050**



**Población y tasa de crecimiento total, 1900-2050**

<sup>1</sup> Índice de dependencia demográfica: es una medida de cuántas personas hay en una población en edades no laborales en relación a las personas que se encuentran en edad de trabajar.

Actualmente no contamos con información fidedigna sobre las disfunciones sexuales en los ancianos. Una de las causas puede ser es el poco interés demostrado por los médicos e investigadores, fuera de la industria

farmacológica así como de comercio en general en los distintos dispositivos creados para aumentar la capacidad sexual y/o su potencia, cada vez en menores edades.

Para obtener información de este fenómeno en los usuarios de la clínica Dr. Ignacio Chávez nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuales son las principales disfunciones sexuales en el anciano que acude a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez?

## JUSTIFICACIÓN

Nuestra población actualmente creciente implica que se presente cada vez mas ancianos a control y seguimiento por las distintas instituciones, en esta ocasión pondremos el enfoque de estudio a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, la cual tomaremos como referencia para identificar nuestro objetivo a investigar.

Pirámide poblacional derechohabiente por la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE, clasificados por grupo de edad y sexo emisión Febrero del 2008. (45).

Delegación estatal en 34 zona sur.

Grupo de edad	65-69 años	70-74 años	75 y mas	Total de población general
Hombres.	1911 4.70%	1334 3.34%	2833 7.10%	6078 44.64%
Mujeres.	2302 4.65%	1735 3.59%	4254 8.59%	8291 55.36%
Total.	4213 4.71%	3069 3.43%	7087 7.92%	14369 100%
Trabajadores	571 3.82%	274 1.83%	253 1.69%	14961 16.73%
Por tiempo de servicio	829 20.91%	584 14.73%	868 21.90%	3964 4.43%
Por riesgo de trabajo	11 15.28%	00 00%	4 5.56%	72 0.08%
Familiares	500 2.39%	476 2.28%	1708 8.16%	20923 23.40%
Trabajadores	266 1.75%	122 0.80%	150 0.99%	15158 16.95%
Por tiempo de trabajo	945 16.62%	629 11.06%	1125 15.79%	5686 6.36%
Por riesgo de trabajo	20 12.82%	8 3.85%	5 3.21%	156 0.17%
Familiares	1071 3.76%	978 3.43%	2974 10.43%	28508 31.88%

La factibilidad de la investigación está dada por contar con una población de adultos mayores fija, adscrita a la Clínica (14,369); ésta unidad médica tiene un módulo de gerontología con dos consultorios y dos médicos asignados, un área de atención al anciano con enfermera especializada, sala de espera amplia. Se ha creado un instrumento de detección de disfunciones sexuales. Si se identifican las principales disfunciones sexuales en los ancianos que acuden a la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE se podrá, dar información al personal médico y paramédico de la unidad, para fomentar el abordaje de estas patologías dentro de la consulta de atención al anciano. Y de ser necesaria la capacitación programando actividades para informar sobre este aspecto.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Identificar las principales disfunciones sexuales en el adulto mayor que acude a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.

### **Objetivo específicos**

Describir los datos generales demográficos de los individuos. (Edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, higiene), a encuestar.

Determinar enfermedades que padezcan y los medicamentos que tomen.

Identificar los posibles factores que alteren el desarrollo de la sexualidad del anciano

Determinar las características de la actividad sexual. (Presencia, frecuencia, parejas sexuales, satisfacción sexual), de los ancianos a encuestar

Identificar las principales disfunciones sexuales en los ancianos que acuden a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.

Identificar la prevalencia de los medicamentos en las disfunciones sexuales a investigar.

## **MATERIAL Y METODOS:**

### **Metodología:**

- Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo.

Prospectivo.

Transversal.

- Población, lugar y tiempo:

Adultos mayores de 65 años que acuden a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en la Cd. de México durante los meses de Mayo y Junio de 2009.

- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Inclusión:

- 1.- Todo paciente mayor de 65 años que desee participar en la encuesta
- 2.- Pacientes que terminen la encuesta.
- 3.- Pacientes que sean seleccionados por el método de aleatorización
- 4.- Ambos sexos

### **Exclusión:**

- 1.- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- 2.- Pacientes que sean excluidos al aleatorización

### **Eliminación:**

- 1.- Pacientes que no terminen la encuesta.

- Tamaño y tipo de muestra:

Tamaño: 151 individuos

Error 8%

Confianza 95%

Tipo: aleatorio

- Definición de variables:

**NOMBRE:** Edad:

Definición: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.

Tipo: Cuantitativa

Escala de medición: Discontinua

Valores que adquiere la variable: 65 años a más.

**Sexo:**

Definición: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Cualitativa escala de medición es nominal

Tipo: cuantitativo.

Valores que adquiere la variable: Femenino-Masculino

Escolaridad: Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

Tipo: Cualitativa

Escala de Medición: Ordinal

Valores que adquiere la variable: Analfabeta, Primaria completa e incompleta, Secundaria completa e incompleta, Preparatoria completa e incompleta, Carrera técnica completa e incompleta, Licenciatura completa e incompleta.

Ocupación: Acción y resultado de ocupar u ocuparse:

Tipo: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Valores que adquiere la variable: Jubilado, empleado, comerciante, profesional independiente, ama de casa, retirado

Religión: Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad:

Tipo: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Valores que adquiere la variable: Católica, cristiana, evangelista otras.

Estado Civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.:

Tipo: Cualitativa

Valores que adquiere la variable: Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre, separada.

Escala de Medición: Nominal

Con Quien vive: Personas con las quien cohabita en su domicilio.

Tipo: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Valores que adquiere la variable: Esposa, hijos, nietos, otros familiares, solo, otras personas.

Presencia de alcoholismo: Intoxicación por el consumo de alcohol en algún momento de su vida

Tipo: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Valores que adquiere la variable: Si, No

Presencia de enfermedades: Presencia de alguna enfermedad crónica

Tipo: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Valores que adquiere la variable: Diabetes Mellitas, Hipertensión arterial, enfermedades reumáticas, hipertrofia prostática obstructiva, incontinencia urinaria, otras crónicas

Ingesta de medicamentos: Consumo de medicamentos de forma crónica

Tipo: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Valores que adquiere la variable:

Factores que alteren el desarrollo de la sexualidad del anciano.

Definición: Factores que interfieren en forma desfavorable en el desarrollo de la sexualidad en el anciano.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal.

Valores que adquiere la variable: Orgánicos, sociales, y de pareja.

Presencia de actividad sexual.

Definición: Presencia de vida sexual activa en el anciano.

Tipo: Cualitativa:

Escala de medición: nominal

Valores que adquiere: presente y ausente.

Frecuencia de actividad sexual:

Definición: Presencia de actividad sexual en un periodo de tiempo

Tipo: Cualitativo

Escala de medición; Ordinal

Valores que adquiere la variable: Semana, mes, dos mese, esporádico, ausente.

Satisfacción sexual:

Definición: Presencia de satisfacción con l actividad sexual

Tipo: Cualitativo.

Escala: nominal.

Valores que adquiere la variable: Si, no.

- Procedimiento de recolección de datos:

Encuesta de aplicación a pacientes mayores de 65 años creada por el autor. Se realizo prueba piloto la cual consto de 10 encuestas para determinar las preguntas a encuestar. Los datos se recolectaron en la encuesta elaborada para este fin. Se paso la información en una base de datos en el programa SPSS en versión 15. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para el que se calcularan las medidas de tendencia centra, de dispersión y de resumen. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

- Aspectos éticos:

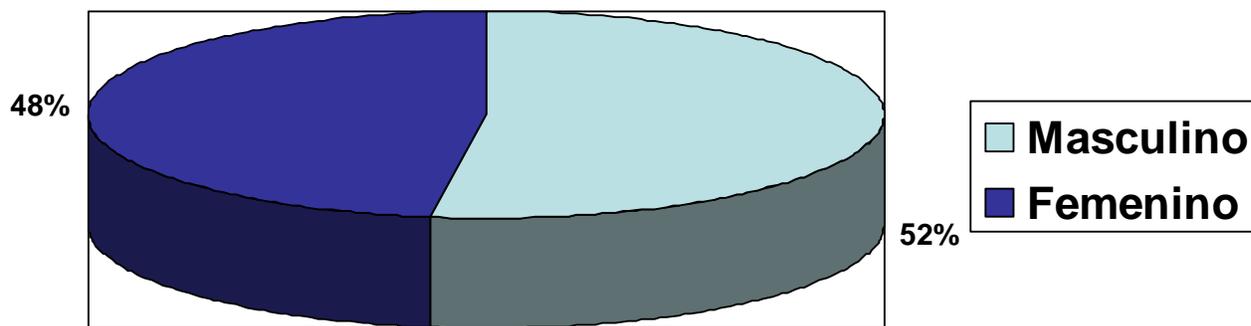
Este trabajo se sujeta a lo dispuesto en la declaración de Helsinki.

Y a la ley general de salud En el titulo 5º capitulo único art. 100.

Se solicito la participación voluntaria e informada antes de aplicarle la encuesta a los pacientes.

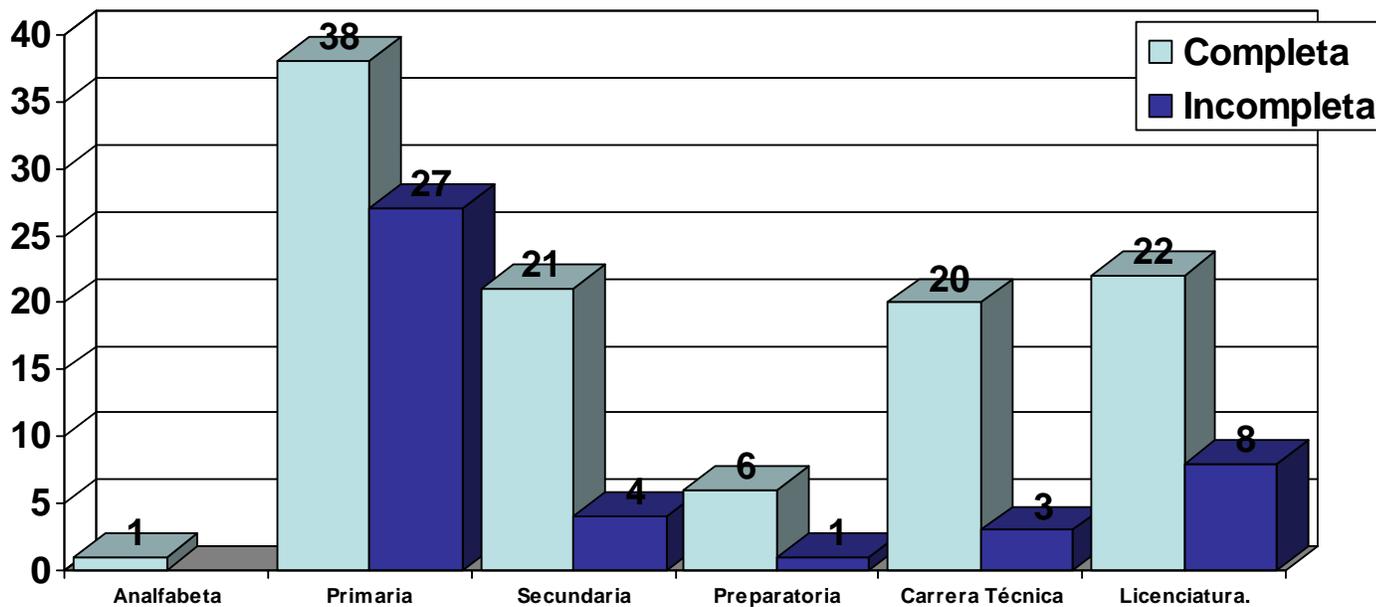
## RESULTADOS:

Grafica 1. PORCETAJE POR SEXO.



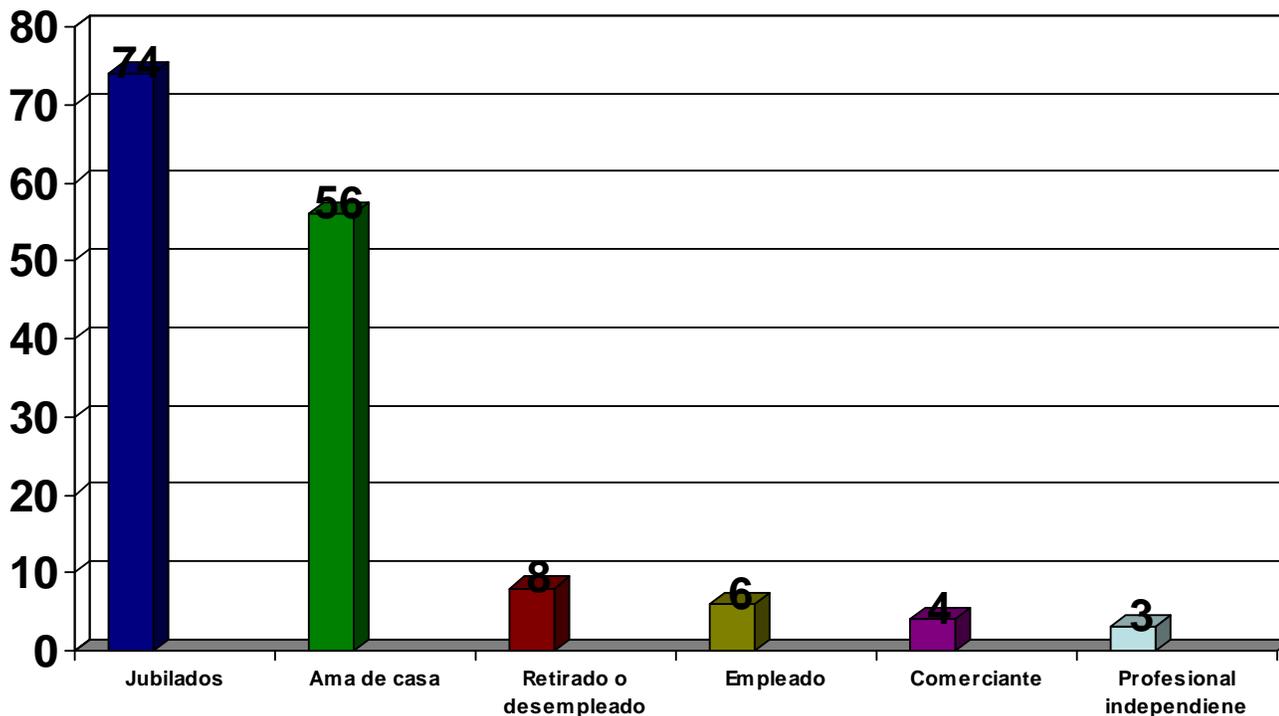
Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Grafica 2. ESCOLARIDAD MAXIMA DEL ENTREVISTADO.



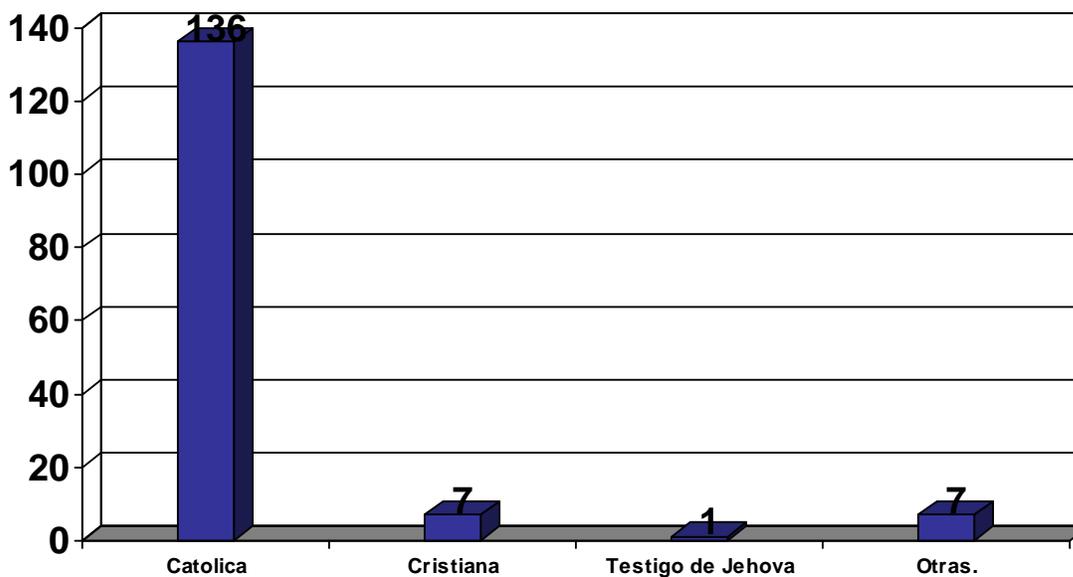
Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Grafica 3. OCUPACION ACTUAL DEL ENTREVISTADO.



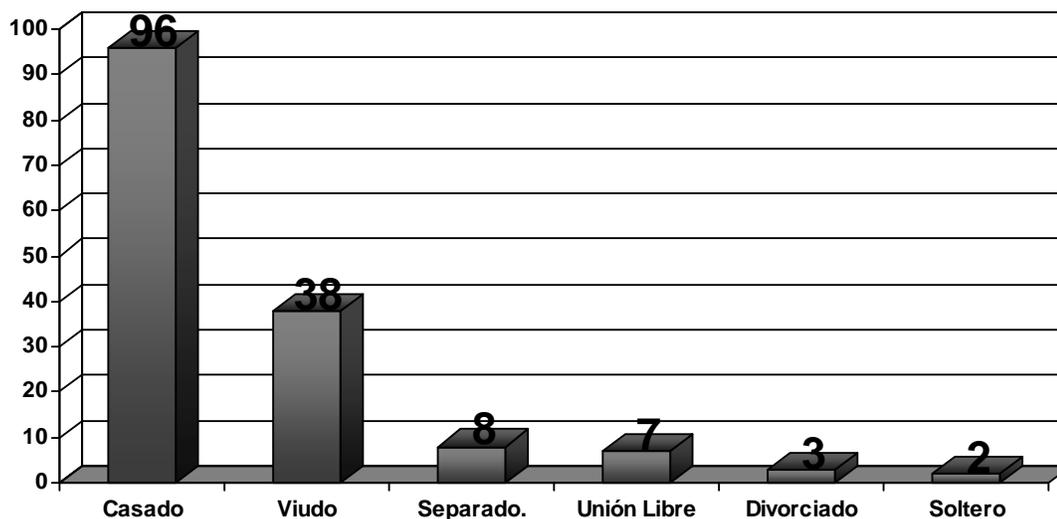
Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Grafica 4. RELIGION DE LOS ENTREVISTADOS.



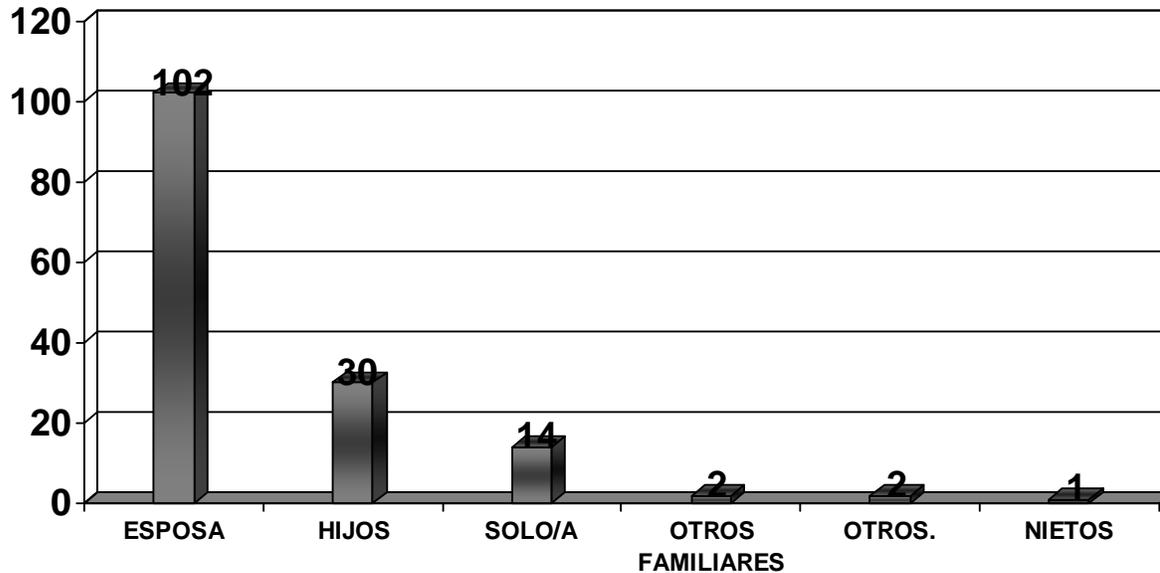
Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Grafica 5. ESTADO CIVIL DE PACIENTES ENCUESTADOS.



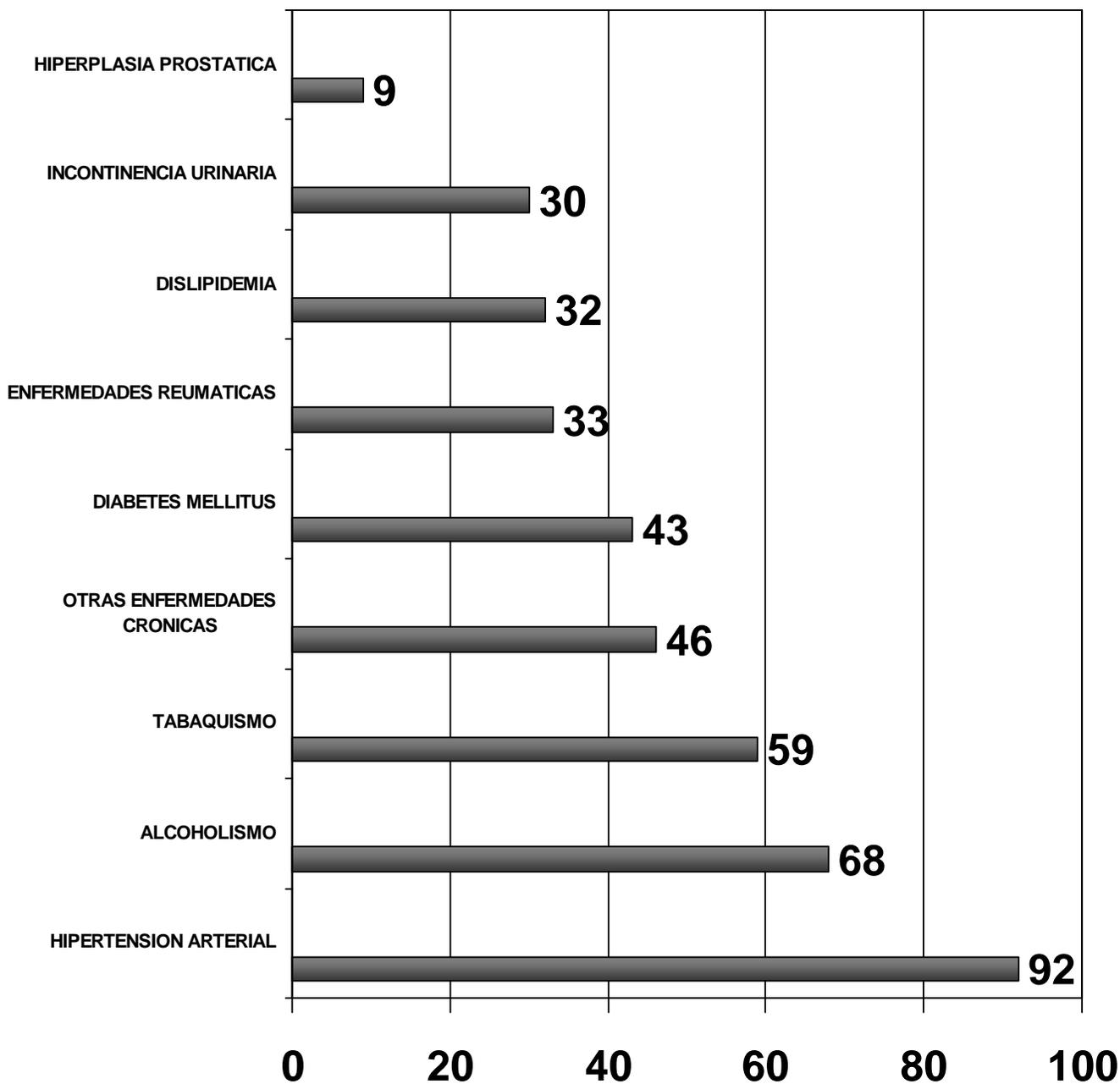
Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Grafica 6. PERSONAS CON LAS QUE COHABITA EL PACIENTE.



Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

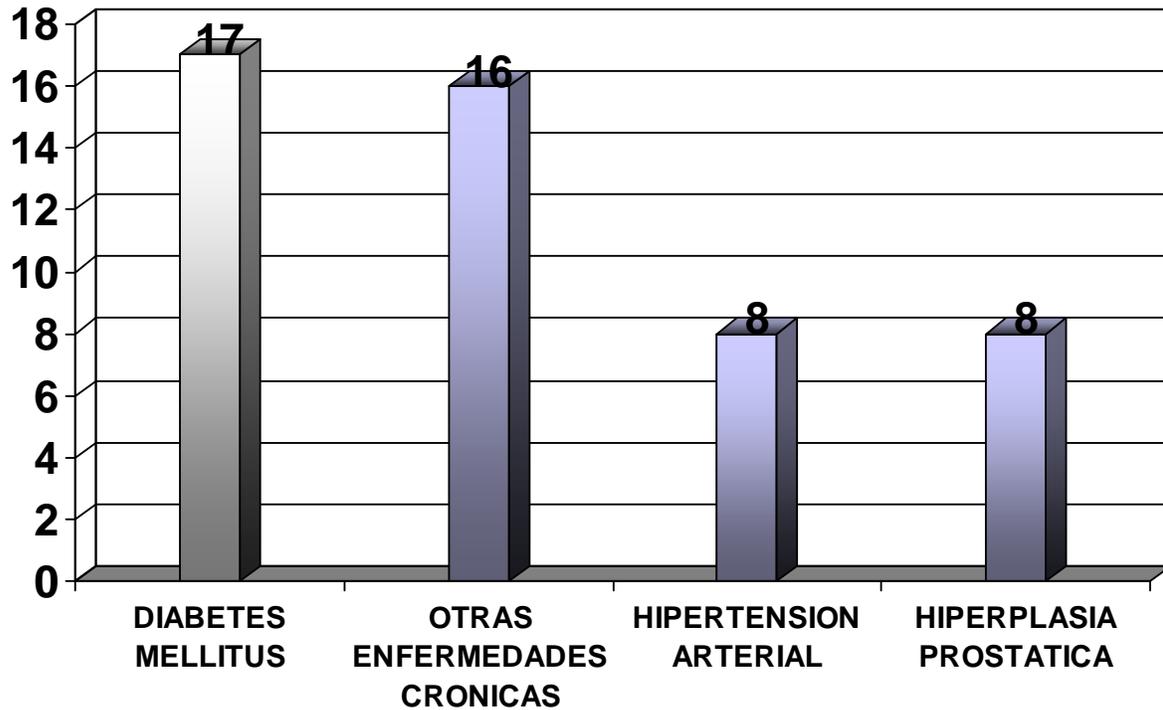
Gráfica 7. CAUSAS DE RIESGO PARA PRESENTAR ALTERACIONES EN LA SEXUALIDAD



Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Cuarenta y cuatro personas consideraron que alguna enfermedad disminuyo su capacidad sexual de las cuales las principales se presentan en la grafica siguiente:

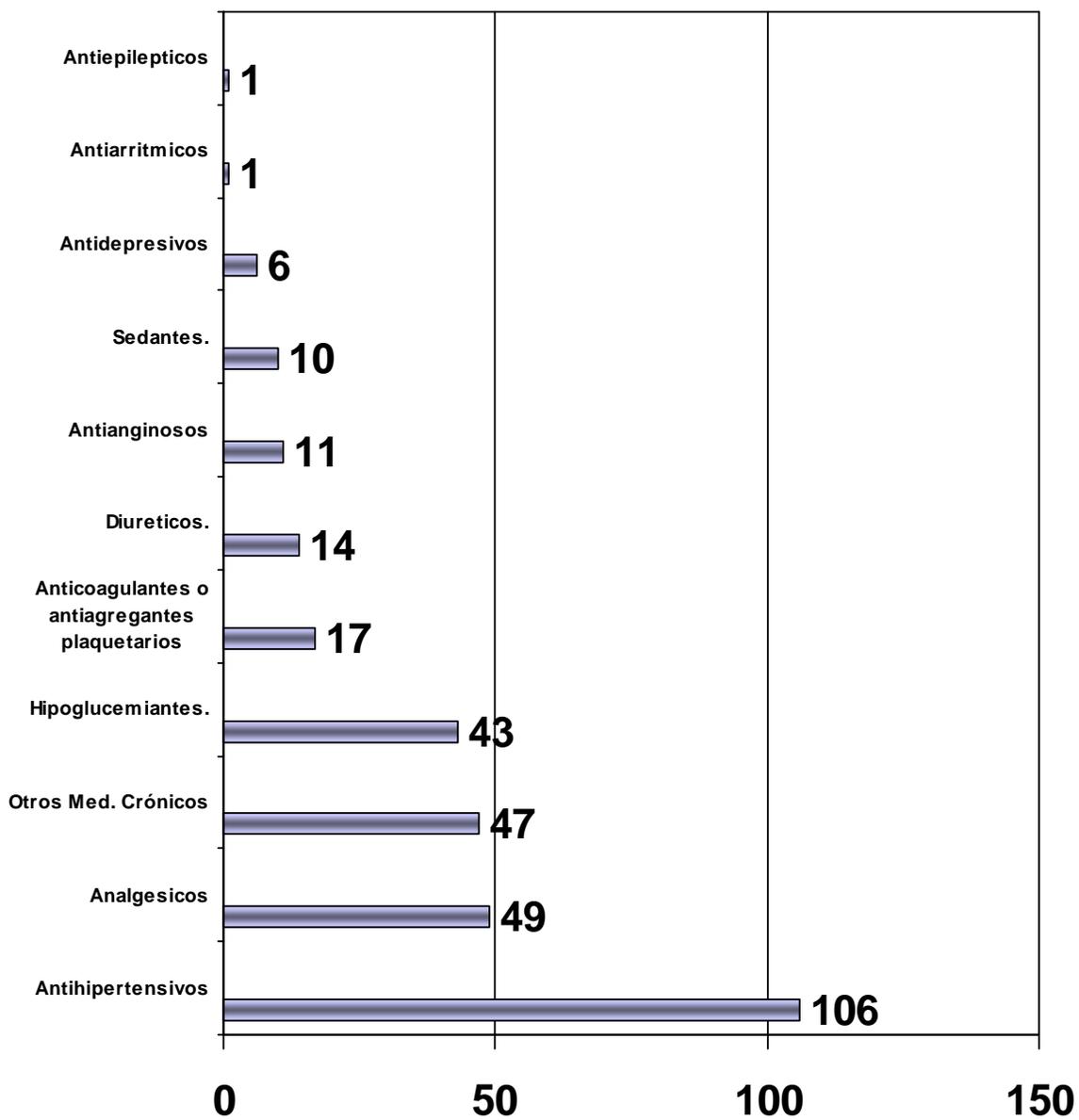
Gráfica 8. ENFERMEDADES PERCIBIDAS COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN SEXUAL.



Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009.

En el momento de la encuesta 134 pacientes toman medicamentos de forma crónica de los cuales los más frecuentes se presentan a continuación. Es de notable mención el que ningún de los entrevistados utiliza antipsicóticos.

Gráfica 9. PRINCIPALES MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES ENCUESTADOS.



Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

Tabla 1. RESPUESTA A PREGUNTAS CONCRETAS EN DOS O TRES OPCIONES.

	SI	NO	ALGUNAS VECES
¿Duerme actualmente con su pareja?	61	88	2
¿Le gusta actualmente su pareja?	81	50	20
¿Continúa siendo detallista con su pareja?	72	56	23
¿Se siente satisfecho con las relaciones sexuales con su pareja?	93	43	15
¿Su pareja actual tiene algún impedimento físico para realizar actividad sexual?	44	107	
¿En algún momento de su vida fue o le fueron infieles?	80	71	
¿Actualmente tiene más de una pareja sexual?	9	142	
¿Sospecha que su pareja sexual tenga relaciones sexuales con otra persona?	17	134	
¿Se siente rechazado sexualmente por su pareja?	16	128	7
¿Aceptaría que su pareja mantenga relaciones sexuales con otras personas?	9	134	8
¿Considera que su pareja esta satisfecha sexualmente?	96	54	10
¿Percibe rechazo por su familiar por su actividad sexual?	5	143	3
¿Tiene algún impedimento físico para realizar actividad sexual?	22	127	2
¿Presenta erecciones o lubricaciones espontáneas?	51	79	21
¿Considera que lubrica o eyacula adecuadamente?	68	60	23
¿Actualmente tiene relaciones sexuales?	62	89	
¿Le causa dolor el realizar actividad sexual?	25	117	9
¿Recuerda actualmente episodios románticos de su juventud?	120	25	6
¿Tiene alguna fantasía sexual?	27	112	12
¿Le provocan excitación las personas de su edad?	26	115	10
¿Le atraen las personas mas jóvenes?	66	79	6
¿Practica actualmente la masturbación?	8	136	7
¿Acostumbra ver películas para adultos?	11	118	22
¿Presento algún tipo de enfermedad venérea en algún momento de su vida?	25	125	1
¿Considera que fue abusado sexualmente en algún momento de su vida?	28	122	1
¿Considera que logró realizar plenitud sexual en algún momento de su vida?	126	16	9
¿Le gustaría tener mayor frecuencia en sus relaciones sexuales?	61	81	9

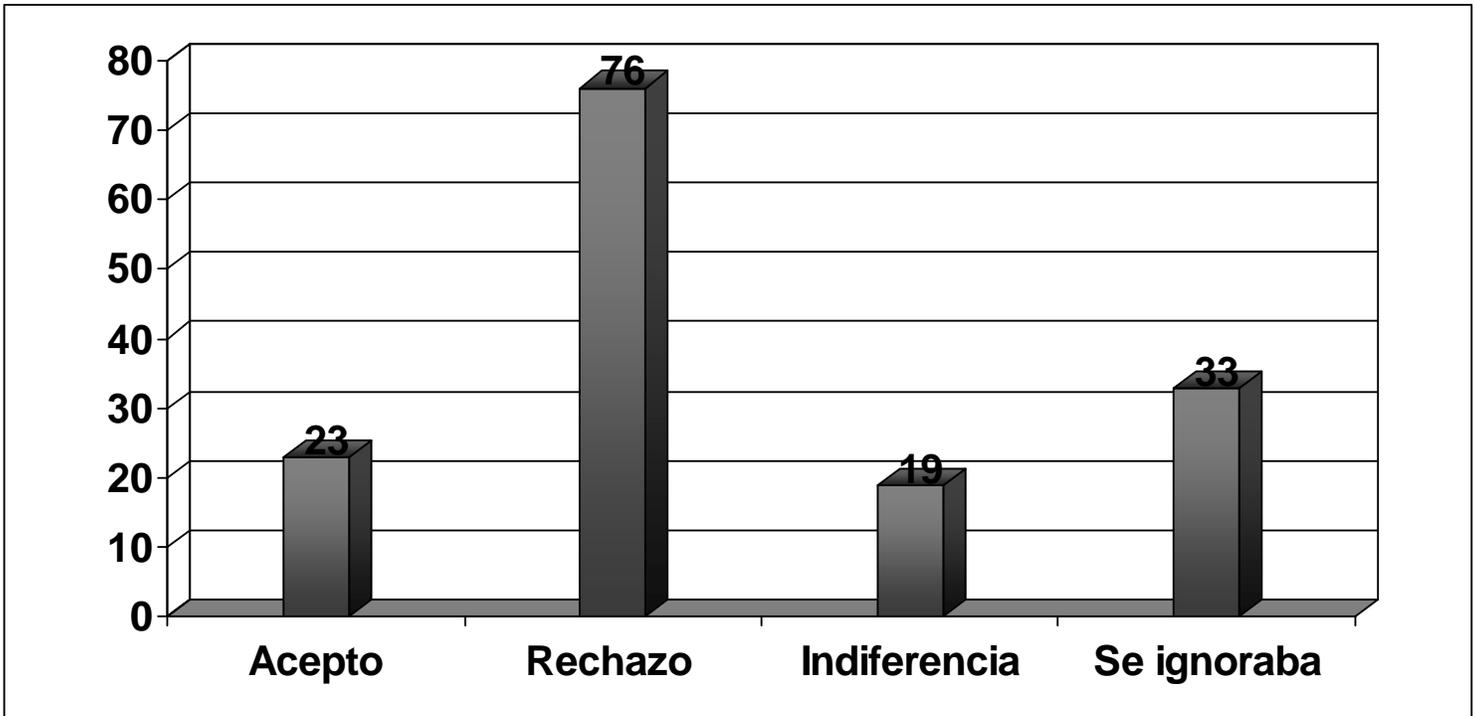
¿Tiene problemas para tener relaciones sexuales?	69	82	
--	----	----	--

Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

En cuanto a la atracción de su pareja 52 personas las que equivalen a un tercio ya no refieren atracción de ninguna forma. Del total de personas entrevistadas el 9.9% rechazan abiertamente a sus parejas, el 16.6% se resigna, el 18.5% se refiere indiferente, y el 34.4% solo se manifiesta con aprecio, es notable la falta de atracción por la pareja.; lo que suma un 79.5% que no desea a su pareja actual.

Probablemente esto se refleja en la actividad sexual, de estas solo el 13.9% refieren tener relaciones cada semana, 19.9% cada mes, 3.3% cada dos meses, 18.5% de forma esporádica pero el 44.4% ya no tienen relaciones sexuales. Tal vez esto explique la reacción del 61.6% de los entrevistados que reprian sus deseos de tener relaciones sexuales ante el rechazo de su pareja, mientras que 32.5% lo intentaban hasta lograrlo. Quizá la falta de estímulos y las alteraciones corporales, disminuían la libido o la falta de información en la pareja.

Gráfica 10. REACCION DE LA FAMILIA A QUE TENGAN OTRA PAREJA SEXUAL.



Fuente: Encuestas aplicadas a ancianos que acuden a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE Mayo-Junio2009

La reacción de la familia probablemente se vea reflejado en la falta de transmisión de contacto físico hacia la familia con ello el demostrar su afecto a la familia 38.4% lo realiza con caricias, el 38.4% con detalles, el 19.2 solo demuestra su afecto hablándolo y el 4% refiere no demostrar afecto.

El expresar su sexualidad se apreció difícil en su juventud, ya que refieren haberse excitado con mayor frecuencia con la imaginación 15.9% con la observación 11.3%, 43.7% estimulándose mutuamente con lo que se refleja parte de la intimidad, 7% con la manipulación y solo el 37% utilizaba todas las técnicas para excitarse. En parte las creencias socioculturales y la falta de información, limitaban la expresión abierta de su sexualidad.

Ahora ya en otra etapa de su vida, y con la probabilidad de tener un mayor acceso a los medios, así como toda la vida de experiencia, necesitan el contacto físico para continuar con la expresión mediante el sexo, por lo cual el 29.1% refieren que se excitan con las caricias y el contacto físico, el 8.6% con los detalles, el 13.2% con la observación la cual se puede relacionar con las personas que se sienten atraídas sexualmente por personas mas jóvenes, 23.2% con los recuerdos, lo que une el hecho de 25.5% están viudos y probablemente los recuerdos son de su pareja fallecida a decir por varias personas. Sin embargo 25.8% refiere no excitarse con nada. Lo cual desde mi punto de vista no es aceptable, ya que el hombre hasta que muere emplea por lo menos uno de sus 5 sentidos los cuales presenta una puerta y conexión del sistema nervioso central con el medio, y este es el principal responsable de nuestra sexualidad.

## DISCUSIÓN

De los pacientes encuestados el 52% fueron hombres y 48% mujeres, esta población difiere de lo encontrado en estudios que se ha realizado en el primer nivel de atención con sujeto mas jóvenes en los que predomina la población femenina; puede deberse a que en las etapas productivas de la vida, los varones no acuden tan seguido a los servicios de salud, por encontrarse trabajando, en cambio en la tercera edad, los pacientes ya no tienen compromisos laborales y pueden acudir a las clínicas de medicina familiar, ya que esta toma una plaza de esparcimiento por las actividades que se realizan en los distintos módulos gerontológicos, tomando en cuenta que el hombre tiene costumbre de salir de casa.

Anteriormente las necesidades laborales no exigían tener preparación a nivel licenciatura, el auge económico, y el crecimiento laboral y técnico, han cambiado durante el curso del tiempo, con ello la población estudiada se mantuvo con estudios primarios y en ocasiones con carreras técnicas, por el tipo de seguridad social se mantiene un importante número de pacientes en nivel licenciatura, contrastando con similar grupo de edad, publicado en 1995 por el IMSS.

Con mayor nivel de escolaridad el abordaje de estos temas es más fácil, con menor nivel hay menor comprensión del tema, por lo tanto permiten menos el abordaje.

La mayoría de los pacientes encuestados fueron pacientes que actualmente gozan de la jubilación en 74 casos, y es notable el apego a las labores del hogar ya que en segundo lugar en su ocupación están las amas de casa, lo cual concuerda con la encuesta de la CONAPO (9), en la cual las amas de casa nunca se jubilan solo se puede decir que disminuyen su actividad.

La religión es en esta etapa de la vida una de las actividades mas apremiantes en sus actividades diarias, se puede decir que es porque están preparando el camino hacia su ultima morada (12, 32, 46). Sin embargo el predominio del 90% los cuales profesan la religión católica implica la base de la moralidad en los mandamientos, los cuales a mayor edad, son mas afines. El desarrollo de la sexualidad esta limitada en esta religión.

El estado civil sin duda es de gran importancia para el desarrollo de la sexualidad, sin embargo esta limitada por el comportamiento en pareja, y desafortunadamente esta supeditada por las acciones del pasado, las cuales pueden restringir el gozo de las actividades sexuales (24,26). El comportamiento sexual es desde tiempos remotos pilar de las relaciones interpersonales y de parejas, si tomamos en cuenta que la mayoría se casa para estar unidos el resto de su vida, también implica el realizar el acto sexual, claro adaptado a la edad, y a las limitaciones físicas propias que se acumulan con la edad, así como la frecuencia; la calidad no esta supeditada, por el número o frecuencia de las relaciones sexuales, pero si el saberse satisfecho por la pareja (12,13).

El habitat del paciente es de gran importancia para continuar con las relaciones sexuales, como lo describió Master y Jonson en algunos de sus artículos, los cuales se corroboran con lo realizado en esta encuesta en los cuales se aprecia que en 102 casos continúan su vida en pareja, la cual les permite el extender sus relaciones, el vivir con algún familiar, ya sea hijo o

nieto o algún otro pariente o conocido son limitantes para continuar con su sexualidad. Los asilos y casa de retiro no aceptan por completo que el anciano continúe realizando relaciones sexuales, esto es por los riesgos vasculares a los que están expuestos (19, 20, 21, 22, 23,24).

Las causas de riesgo para presentar alteraciones sexuales, se buscaron objetivamente las de mayor incidencia, de las cuales concuerda con los establecidos por algunos autores (12, 19, 21 24, 36, 37). La hipertensión arterial es la causa más común de enfermedad crónica degenerativa en 102 casos de los encuestados, seguida por el abuso de sustancias, como el alcohol y tabaco, de los cuales ya están establecidos y conocidos los efectos vasculares y neurológicos que infieren en los consumidores. La diabetes mellitus es sin duda una de las enfermedades más limitantes para el continuar con su sexualidad, ya sea en su aspecto anímico, el cual aparentemente es el principal causante de la limitación en su actividad y las complicaciones que con el tiempo son más limitantes. La incontinencia, enfermedades reumáticas y otras crónico degenerativas están muy relacionadas, pero pocas como en la hiperplasia prostática se relacionan directamente con este tipo de trastornos. En relación directa con el deterioro de las actividades sexuales, al preguntar cual consideran como mayor causante de disfunción sexual, el 30% de los diabéticos consideraron que esta es la causante de la alteración, no comparada con ningún otro autor, ya que no han explorado la opinión de los pacientes ancianos.

Al establecer la prevalencia de las enfermedades, también pudimos comprobar el tipo de medicamentos utilizado, cuáles son los que tienen mayor prevaecía, así como el uso en ocasiones de dos o mas medicamentos, encontramos el predominio de uso de medicamentos antihipertensivos; los cuales están en relación directa con la prevaecía de esta enfermedad, dentro de los medicamentos con mayor consumo tenemos a los calcio antagonistas que debiesen ser los mas implicados en las alteraciones del acto sexual en cualquiera de sus niveles como se relaciona con lo publicado en otros artículos (21,22), sin embargo aprecio desde mí punto de vista el abuso de B-bloqueadores, principalmente los cardioselectivos, los cuales son de riesgo para este tipo de pacientes; también observo una escasa utilización de ARA II los cuales serian de elección para este tipo de pacientes.

Los diuréticos son poco utilizados en este grupo de pacientes que se relacionan con complicaciones por la diabetes mellitus, y no con el uso asociado con antihipertensivos como se recomienda (21, 22, 23, 31), tal vez sea por cuestiones administrativas establecidas para el tipo de pacientes encuestados, los cuales están sujetos a un cuadro básico de medicamentos. Los antianginosos son poco utilizados en los pacientes encuestados, de los cuales los nitritos son de predilección, estos están relacionados con la enfermedad coronaria la cual marca un determinante importante para continuar con la vida sexual (23).

Los hipoglucemiantes son los medicamentos que podría confundir como causantes de riesgo para alteraciones en la sexualidad, pero ninguno de los medicamentos interviene en forma directa en las fases más importantes del acto sexual, ya mencionadas (24, 36).

Los sedantes no fueron causa importante de riesgo en estos pacientes, como tampoco los antidepresivos, el uso de estos medicamentos se pueden relacionar con episodios depresivos crónicos y estos están en relación con pacientes que perdieron a su pareja, actualmente limitados en sus relaciones de pareja, por su ausencia (22).

Los analgésicos no influyen en el desarrollo del ciclo sexual, se podría decir que ayuda a mantener a los pacientes con una calidad de vida de mejor pronóstico, y estos se descartaron como factores de riesgo (24).

El compartir la vida en pareja implica distintas actividades, de las cuales el compartir la cama o por lo menos la habitación implica continuar con lazos fuertes de atracción mutua (4,6). En este trabajo nos dimos cuenta que la mayoría de los pacientes no duermen en pareja, en el 58% de los casos a pesar de que en 102 casos se decían convivencia en pareja, lo cual implica casi un 20% de personas que a pesar de estar casadas, duermen en cuartos diferentes, pero de mayor alarma es el que el 30% de los casos ya no desean estar con sus parejas, algunas aun mantienen relaciones sexuales, pero no a conformidad, sino por el compromiso realizado en la juventud. También en el 33% de los caso encontré que el sentimiento referido hacia su pareja es solo de aprecio, lo cual implica que no hay mas deseo que el fraternal para continuar con su pareja.

La edad tiene implicaciones en la frecuencia en las relaciones sexuales, y en el 44% de los casos se refieren sin relaciones en el momento de la encuesta, lo cual no es comparable con algunos otros autores ya que no existe información comparativa.

La atracción hacia la pareja se ha perdido por distintas causas, y de acuerdo con McCary, implica las relaciones empáticas durante la edad reproductiva (5), la cual determina el comportamiento hacia la pareja. La mayoría de los encuestados refieren continuar con detalles hacia la pareja, pero estos se relacionan por lo regular con las actividades cotidianas y las labores del hogar, las cuales entre más se compartan para facilitar la vida en pareja, mayor es el grado de comunicación e interdependencia.

El satisfacer a la pareja debe ser recíproco (11), y para ello se preguntó sobre la satisfacción de uno para el otro y hacia si mismo, lo cual aparentemente se cumple, pero en el 17% se perciben rechazados por su pareja, lo que puede limitar su expresión sincera de los sentimientos que con el acto sexual, lograrían realizar su catarsis, anteriormente con limitaciones, pero con presencia.

La calidad de la lubricación disminuye conforme la edad avanza, es parte del deterioro y envejecimiento fisiológico del cuerpo (4), tomando en cuenta las diferentes preguntas realizadas llego a la conclusión de que es cierto, pero también a comentario de los pacientes cuando se logra una comunicación adecuada, una estimulación apropiada, que implique el liberar el deseo por las relaciones sexuales, se logra tener una mayor calidad durante el desempeño del acto sexual, el que implica sentimientos asociados, los cuales afloran en un ambiente de confianza entre la pareja, esto también se comprobó en otros estudios (13, 16). Las complicaciones en esta edad, son variadas, y tomando en cuenta la respuesta fisiológica requiere de la interrelación, consentimientos, ambiente, religión, y aceptación de la condición en la cual se

vive (16). Esto también se relaciona en los integrantes de la encuesta, la cual puede o no, ser un limitante para tener la confianza de ser superados, mediante distintas técnicas, principalmente desarrolladas por Master y Johnson los cuales fueron los principales autores que además de investigar la respuesta normal sexual, también dedicaron sus investigaciones a establecer técnicas apropiadas para superar las limitaciones, que en esta edad aparentan ser mayores, en parte por el tipo de costumbres, es notable sin duda la dedicación que podemos tener para superarlas y gracias a los medios informativos, ya sea revistas, libros, Internet el acceso a la información puede ser más preciso, y así mismo lograr enfocar un interés mayor por parte de los involucrados.

## CONCLUSIONES

La edad de los pacientes encuestados, fue de 65 años hasta los 95 años con un total de 48% femeninos y 52% masculinos. El estado civil, en el momento de la encuesta fue en mayoría para paciente casados los cuales comparte la vida en pareja. La escolaridad predominante fue en primaria de la cual con 38 paciente con primaria terminada, sin embargo se debe resaltar que para secundaria, carrera técnica y licenciatura se mantuvo en promedio para 30 pacientes lo cual resalta los logros de acuerdo a cada paciente. La mayoría 76 pacientes lograron la jubilación en sus distintas ocupaciones y 56 mujeres compartieron su vida como amas de casa. Actualmente la religión predominante es la católica con 136 pacientes, por lo cual podemos pensar en el predominio de principios basados en esta religión. La higiene no pudo ser medida con eficacia ya que algunos de los pacientes creen que sus hábitos son adecuados, pero hay variabilidad entre los encuestados en como consideran su higiene, también no se cuenta con exactitud en la literatura cuales son los hábitos higiénicos adecuados entre cada paciente.

Sin embargo el hecho de compartir su vida en pareja 102 pacientes nos permite comprender la interrelación y cierto grado de dependencia para los pacientes.

Desacuerdo con las estadísticas mundiales y tomando en cuenta el aporte por diversos autores se realizó búsqueda intencional de enfermedades crónicas degenerativas de las cuales se tiene información específica sobre el deterioro progresivo y el daño a órgano. Para la identificación de las enfermedades se hicieron preguntas basadas en las que afectan directamente el desarrollo sexual y de la misma forma se buscaron y tomaron en cuenta los medicamentos que tienen como efecto su incidencia a nivel central o periférico alterando la respuesta sexual en los distintos estadios del acto sexual.

La enfermedad predominante es la hipertensión arterial, seguida por el consumo de alcohol y tabaco, existen otras enfermedades degenerativas de las cuales no se encontró que influyeran de forma directa en la alteración de la conducta sexual. La diabetes se presentó casi en la mitad de los hipertensos, y en 33 casos se presentaron las enfermedades reumáticas, las cuales limitan levemente la actividad sexual, las dislipidemias esta presente en 32 casos los cuales se son uno de los Principales riesgos de alteraron a la disfunción eréctil. El consumo de medicamentos principalmente los antihipertensivos en 106 casos, esto es ya que en algunos casos se utilizan beta-bloqueadores ya sea como antiarrítmicos o como protectores vasculares, estos son los principalmente utilizados. Algo que me llamo la atención es la falta de consumo de antipsicóticos, los cuales tienen en el anciano a su principal consumidor.

Para el desarrollo de la sexualidad en el anciano se han tomado en cuenta los principales factores fisiológicos y psicológicos de los cuales ya existen acuerdos por los autores interesados, debemos tomar en cuenta que el grupo estudiado es representado en un 90 % por individuos que profesan la religión católica y esta en marca al sexo única y exclusivamente como parte de la reproducción mas no profesa en ningún apartado el contemplar las necesidades fisiológicas las cuales no terminan al finalizar la etapa reproductiva por lo tanto debe de continuar la atracción y la necesidad de ser amado y necesitado por otros individuos. La familia implica el rol más importante y representativo de la codependencia humana.

La presencia de enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial la que se presento en 96 encuestados es el principal factor de riesgo, no así el tomado en cuenta por los pacientes, ya que al preguntar cual a su pensar es la enfermedad que limita la actividad sexual predomino la diabetes mellitas, esta solo se presento en 43 caso, de los cuales 17 mencionaron a esta como la causante de su disfunción. El consumo de sustancias nocivas como el tabaco es muy importante ya que 59 pacientes son o fueron fumadores con tabaquismo intenso, pero 68 pacientes presenta alcoholismo o son alcohólico, y en la mayoría de estos existe la violencia intrafamiliar, la cual es de alarma el grado observado en esta encuesta, afortunadamente ya la información por los medios de comunicación permiten a las personas una mayor posibilidad de conservar una vida plena en el desarrollo de sus actividades sexuales

Las características del desarrollo del acto sexual no varían en lo absoluto entre la etapa adulta y la anciana con ello implicamos las 5 fases : deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución, sin embargo existe una influencia importante en los ancianos que ameriten la administración de algunos medicamentos que pueden incluso bloquear la fase de deseo y no permitirle ni siquiera el deseo de atracción con ello condena a un estado de asexualidad la cual esta presente en los primeros años de vida y se relaciona directamente con periodos involutivos neurológicos o psicológicos de los cuales unos de los más utilizados son los antidepresivos los cuales se han hecho cada vez mas necesarios por la circunstancias sociales y la perdida de pilares estructurales para la manutención de la unión familiar los cuales son antepuestos por el trabajo y la superación de status. Existe presencia en el anciano como se logro precisar en la encuesta con ello comprobamos que el primer pasó esta dado y existe deseo de continuar las relaciones sexuales. La frecuencia es variable pero existe la presencia y ese es un punto sumamente importante identificado en éste trabajo. Es notable la declaración de la infidelidad la cual esta priorizada en los hombres pero no es en más de una sola persona por lo cual pude comprobar que existe la bigamia más no la poligamia lo cual en un principio fue una idea efímera de parte del autor. En cuanto a identificar si existe o no satisfacción sexual más del 90% aseguran que en algún momento de su vida llegaron a desarrollar plenitud sexual la cual actualmente ya no es referida sin embargo existe interés en el 35% de aumentar su capacidad sexual el 60% desea aumentar la frecuencia pero por distintos miedos no mal fundados limitan el continuar con el sexo.

La prevalencia de las enfermedades de disfunción sexual es aun un tema difícil de abordar, la cual por el momento no pude explorar, ya que se observe en las encuestas que mentían o trataban de ocultar su verdad en cuanto a si existe una enfermedad, principalmente en los hombres, las disfunciones en la mujer esta relacionada,, principalmente con la violencia intrafamiliar, ya sea por la época en la cual les toco vivir, recordemos que antes no se tenia la información que actualmente tenemos, ya sea por los medios de comunicación o por lo menos el saber leer. Las disfunciones sexuales, están ligadas principalmente con alguna enfermedad de fondo, como la hipertensión arterial, la cual predomina en el anciano, y en algunas veces se deben al tipo de medicamento que deben consumir, pero sobre todo al machismo impuesto desde el seno familiar, el cual es mas fundado en las familias en las cuales la

mujer debió tomar el rol de ama de casa, dedicada exclusivamente a las labores del hogar.

Se propone realizar estrategias para aportar información de los principales problemas de la sexualidad en la tercera edad a la población involucrada, por medio de grupos de autoayuda en equipo con trabajo social y psicología, otro medio son los folletos impresos, trípticos y periódicos murales. Se propone también dar a conocer estos resultados al personal de salud de la clínica para crear conciencia de la importancia de la sexualidad en la vejez y abordar el tema en las sesiones generales o capacitar de manera más intensa al personal.

Una nueva investigación puede enfocarse en los conocimientos del personal de salud sobre la sexualidad en los ancianos para identificar deficiencias de conocimientos y crear las estrategias para resolverlas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Manual de Geriatria Alberto Salgado, Editorial Salvat. "Envejecimiento celular y molecular. Teoría del envejecimiento. J. Miquel Calatayud".
- 2) Manual de Geriatria Alberto Salgado, Editorial Salvat. "Biología del envejecimiento A.Ruiz-Torres".
- 3) Sexualidad Humana de McCary 5ª Edición Manual Moderno 1996. "Funciones del sistema endocrino Dr. José Luis SuarezG."
- 4) Sexualidad Humana de McCary 5ª Edición Manual Moderno 1996. "Sexualidad en la vejez".
- 5) Sexualidad Humana de McCary 5ª Edición Manual Moderno 1996. "Disfunciones sexuales".
- 6) Introducción a la Geriatria 2ª edición Méndez Editores. "Sexualidad en el Viejo Dr. Arturo Lozano Cardoso".
- 7) [www.alu.ua.es/a/anp7/definicion.htm](http://www.alu.ua.es/a/anp7/definicion.htm)
- 8) CELADE. Boletín Demográfico No. 62. United Nations, World Population Prospects the 2000 Revisión
- 9) Consejo Nacional de Población (CONAPO)
- 10) Sexualidad La Experiencia Humana William H. Gotwald. Manual Moderno 2000. "Bioquímica de la sexualidad Humana"
- 11) Sexualidad La Experiencia Humana William H. Gotwald. Manual Moderno 2000. "La respuesta sexual Humana".
- 12) Sexualidad La Experiencia Humana William H. Gotwald. Manual Moderno 2000. "Complicaciones de la conducta sexual Humana".
- 13) Sexualidad La Experiencia Humana William H. Gotwald. Manual Moderno 2000. "Sexo por amor"
- 14) Relaciones e interdependencia de psicología sexo y sociedad Bases para la educación sexual y paternidad responsable 4ª edición 1977 Editorial impresiones Modernas. "Psicología Sexo y Sociedad".
- 15) Relaciones e interdependencia de psicología sexo y sociedad Bases para la educación sexual y paternidad responsable 4ª edición 1977 Editorial impresiones Modernas. "Sociedad y Sexo algunas consideraciones sobre anatomía y fisiología".
- 16) Relaciones e interdependencia de psicología sexo y sociedad Bases para la educación sexual y paternidad responsable 4ª edición 1977 Editorial impresiones Modernas. "El Sexo y los atributos físicos Hereditarios Congénitos y adquiridos".
- 17) Relaciones e interdependencia de psicología sexo y sociedad Bases para la educación sexual y paternidad responsable 4ª edición 1977 Editorial impresiones Modernas. "El coito como una necesidad Biológica".
- 18) Relaciones e interdependencia de psicología sexo y sociedad Bases para la educación sexual y paternidad responsable 4ª edición 1977 Editorial impresiones Modernas. "Procedimientos a seguir en el coito".
- 19) Relaciones e interdependencia de psicología sexo y sociedad Bases para la educación sexual y paternidad responsable 4ª edición 1977 Editorial impresiones Modernas. "Cambios Fisiológicos en la integración de acto".
- 20) Diagnostico y tratamiento en Geriatria C. Seth Landefeld Palmer Manual Moderno 2004. "Enfermedad Cerebrovascular".

- 21) Diagnostico y tratamiento en Geriatria C. Seth Landefeld Palmer Manual Moderno 2004. "Enfermedad Cardiaca".
- 22) Diagnostico y tratamiento en Geriatria C. Seth Landefeld Palmer Manual Moderno 2004. "Hipertension"
- 23) Diagnostico y tratamiento en Geriatria C. Seth Landefeld Palmer Manual Moderno 2004. "Enfermedad vascular periferica y enfermedad Tromboembolica".
- 24) Fisioterapia Geriatrica José Rubens Rebelatto McGraw Hill Interamericana 2004. "Calidad de vida en la vejez".
- 25) Fisioterapia Geriatrica José Rubens Rebelatto McGraw Hill Interamericana 2004. "Aspectos Biológicos del Envejecimiento".
- 26) Atención Primaria en Geriatria Richard J. Ham 2ª edición Mosby 1995. "Sexualidad"
- 27) Practica de la Geriatria Rodríguez Lozano McGraw Hill 2007. "Psicología del envejecimiento".
- 28) Practica de la Geriatria Rodríguez Lozano McGraw Hill 2007 "Valoración del paciente con hiperplasia prostática"
- 29) Practica de la Geriatria Rodríguez Lozano McGraw Hill 2007. "Disfunción eréctil, Aarón Torres García".
- 30) Practica de la Geriatria Rodríguez Lozano McGraw Hill 2007. "Ginecología, Mónica Graciela García Bárbara".
- 31) Diagnostico y tratamiento en Geriatria C. Seth Landefeld Palmer Manual Moderno 2004. "Sistema Renal Líquidos y Electrolitos".
- 32) Diagnostico y tratamiento en Geriatria C. Seth Landefeld Palmer Manual Moderno 2004. "Temas legales y éticos comunes, Marshall B. Kapp"
- 33) Introducción a la Geriatria Arturo Lozano Cardoso 2ª Edición Méndez Editores 2000. "Sexualidad en el viejo".
- 34) Introducción a la Geriatria Arturo Lozano Cardoso 2ª Edición Méndez Editores 2000. "Psicogeriatría, Dra. Hebe Serrano Fuentes".
- 35) Introducción a la Geriatria Arturo Lozano Cardoso 2ª Edición Méndez Editores 2000. "Enfermedad de Alzheimer, Dra. Hebe Serrano Fuentes".
- 36) Geriatria Clínica Robert L. Kane 4ª edición. McGraw Hill 2002. "Disminución de la vitalidad".
- 37) Artículos Originales Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años Salud Pública Méx. 2007; Vol. 49(sup. 4):467-474
- 38) Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el IMSS Salud Pública Méx. 1996; Vol. 38(6):448-457
- 39) Actividad Física y del deporte en el adulto Mayor "Bases fisiológicas" PDF
- 40) Lozano Cardoso Arturo: Introducción a la Geriatria. 3ª. Ed. Méndez Editores. México, 2003
- 41) Hazzard William R.: Introduction: The Ppractice of Geriatric Medicine. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Third edition. McGraw-Hill Inc. Internacional edición, 2002
- 42) Timiras, P.S. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Masson, 2005 3a edición.
- 43) Salgado A., Guillen F. Manual de Geriatria. Salvat. 4a edición
- 44) Salvador Zubirán, "Manual de terapéutica Médica" 4ª Edición, Edit, McGraw Hill, México, pp.98-125.

- 45) Pirámide poblacional derechohabiente por la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE, clasificados por grupo de edad y sexo emisión Febrero del 2008. Delegación estatal en 34 zona sur.
- 46) <http://www.monografias.com/trabajos905/importancia-religion-ancianos/importancia-religion-ancianos.shtml>

## ANEXO

### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

#### Universidad Nacional Autónoma de México

#### Trabajo de investigación: Sexualidad en la tercera edad

Folio: \_\_\_\_\_

La presente encuesta tiene el objetivo de investigar la conducta sexual de los adultos mayores, los datos en ella plasmados serán utilizados con fines exclusivos de investigación y se guardará el anonimato de los participantes. Su participación debe ser voluntaria y si en algún momento usted decide ya no contestar las preguntas tiene el derecho a negarse y ser retirado del estudio. ¿Desea usted contestar las siguientes preguntas?

SI                      NO

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

<b>1. Escolaridad</b>	Completa	Incompleta
Primaria		
Secundaria		
Preparatoria		
Carrera Técnica		
Oficio		
Licenciatura		

#### **2. Ocupación actual**

Jubilado	Empleado	Comerciante	Ama de casa	Profesional independiente

#### **3. Religión:**

#### **4. Estado civil**

Casado	Unión Libre	Soltero	Divorciado	Separado	Viudo

#### **5. Vive con:**

Esposa	Hijos	Nietos	Otros familiares	Solo/a	Otro:

#### **6. Antecedentes**

	SI	NO	
Alcohol:			
Tabaco:			
Enfermedades:			
Diabetes Mellitus tipo 2:			
Hipertensión arterial:			
Dislipidemia:			
Enfermedades reumáticas:			
Otras enfermedades:			
Cuales			

Incontinencia (urinaria, fecal):	SI	NO	
Considera que alguna enfermedad disminuyo su actividad sexual	SI	NO	ALGUNAS VECES

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**7. Ingesta de Medicamento: SI NO**

a) Antihipertensivo: Calcio antagonistas B-Bloqueadores, IECA ARA I  
ARAI Bloqueadores Alfa Metildopa Vasodilatadores

b) Diureticos: Tiazidas De ASA Ahorradores de Potasio

c) Antianginosos: Nitritos y Nitratos y Digital

d) Antiarritmicos: Clase I Clase II Clase III Clase IV

e) Hipoglucemiantes: Insulina Biguanidas Sulfonilureas  
Tiazolinediona

Inhibidores de la anhidrasa carbónica

f) Sedantes: Benzodiacepinas y Barbitúricos

g) Antiepilepticos: Fenitoina Carbamacepina Fenobarbital Lamotrigina  
Ácido Valprico

h) Analgesicos: Salicilatos AINEs COX 1 COX2  
Opioides

i) Antipsicóticos: SI NO

j) Antidepresivos: Triciclicos Heterociclicos Inhibidores de la MAO  
ISRS

k) Esteroides: SI NO

l) Anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios: SI NO

l) Otros:

\_\_\_\_\_

8. ¿Duerme actualmente con su pareja?  
SI NO ALGUNAS VECES

9. ¿Le gusta actualmente su pareja?  
SI NO ALGUNAS VECES

10. ¿Que le atrae sexualmente de su pareja?  
Su cuerpo      Su carácter      Su personalidad      Nada
11. ¿Continúa siendo detallista con su pareja?  
SI      NO      ALGUNAS VECES
12. ¿Qué le provoca pensar en su pareja en relación al sexo?  
Excitación      Decepción      Resignación      Indiferencia  
Aprecio
13. ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?  
Cada semana      cada mes      cada dos meses      esporádico      Sin relaciones.
14. ¿Se siente satisfecho con las relaciones sexuales que tiene con su pareja?  
SI      NO      ALGUNAS VECES
15. ¿Se siente rechazado sexualmente por su pareja?  
SI      NO      ALGUNAS VECES
16. ¿Qué hace usted si su pareja no desea tener relaciones sexuales?  
Aguanto      Masturbar      Busco otra pareja      intento nuevamente hasta lograrlo
- 17.- ¿Su pareja actual tiene algún impedimento físico para realzar actividad sexual?  
SI      NO
18. ¿En algún momento de su vida le fueron o fue infiel?  
SI      NO
19. Actualmente, ¿Tiene más de una pareja sexual?  
SI      NO      CUANTAS
20. ¿Sospecha que su pareja tiene relaciones sexuales con otras personas?  
SI      NO      ALGUNAS VECES      LO IGNORO  
DUDOSO
21. ¿Aceptaría que su pareja mantenga relaciones sexuales con otras personas?  
SI      NO      ALGUNAS VECES
- 22.- ¿Considera que su pareja esta satisfecha sexualmente?  
SI      NO      ALGUNAS VECES.
23. ¿Cómo toma la familia que tenga otra pareja sexual?  
ACEPTA      LO RECHAZA      ES INDIFERENTE      LO IGNORO
24. ¿Percibe rechazo de su familia por su actividad sexual?  
SI      NO      ALGUNAS VECES

25. ¿Cómo demuestra su afecto a su familiares?  
 Con caricias      Con detalles      Lo hablo      No lo hago
26. ¿Tiene algún impedimento físico para realizar actividad sexual?  
 SI      NO
27. ¿Presenta erecciones o lubricaciones espontáneas?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
28. ¿Considera que lubrica o eyacula adecuadamente?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
29. Actualmente, ¿Tiene relaciones sexuales?  
 SI      NO
30. ¿Le causa dolor el realizar actividad sexual?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
31. ¿Cómo se excitaba en la juventud?  
 Imaginación      Observación      Estimulación      Manipulación  
 Todas
32. ¿Recuerda actualmente episodios románticos de su juventud?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
33. ¿Tiene alguna fantasía sexual?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
34. ¿Le provocan excitación las personas de su edad?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
35. ¿Le atraen las personas más jóvenes?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
36. Actualmente, ¿con que se excita?  
 Caricias      Detalles      Observación      Recuerdos      Otro:  
 \_\_\_\_\_
37. ¿Practica actualmente la masturbación?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
38. ¿Acostumbra ver películas para adultos?  
 SI      NO      ALGUNAS VECES
39. ¿Presento algún tipo de enfermedad venérea, en algún momento de su vida?  
 SI      NO
40. ¿Considera que ha sido abusada sexualmente en algún momento de su vida?

SI NO

41.- ¿Considera que logro realizar plenitud sexual en algún momento su vida?

SI NO ALGUNAS VECES

42.- ¿Le gustaría tener más frecuencia en sus relaciones sexuales?

SI NO ALGUNAS VECES

43. ¿Tiene algún problema para tener relaciones sexuales?

SI NO

44 ¿Cuál problema?

---

---

---

45.- ¿Que le interesa saber con respecto su actividad sexual?

---

---

---

---