



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 65  
OAXACA, OAX.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN EL  
ADULTO MAYOR DE 60 A 85 AÑOS ADSCRITO A LA UNIDAD MÉDICA  
FAMILIAR NO. 27 IMSS OAXACA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA  
OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA HERRERA ÁVILA

OAXACA, OAX.



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.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN EL  
ADULTO MAYOR DE 60 A 85 AÑOS ADSCRITO A LA UNIDAD MEDICA  
FAMILIAR NO. 27 IMSS OAXACA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA TERESA HERRERA AVILA

AUTORIZACIONES

DRA. MARTHA TAPIA CHAVEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

DRA. JANET NESME AVILA  
COORDINADOR DE  
EDUCACION EN SALUD

DRA. JANET NESME AVILA  
ASESOR METODOLOGICO INTERNO

DR. EFRAIN HERERRA COLMENARES  
ASESOR METODOLOGICO EXTERNO

OAXACA, OAX.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN EL  
ADULTO MAYOR DE 60 A 85 AÑOS ADSCRITO A LA UNIDAD MEDICA  
FAMILIAR NO. 27 IMSS OAXACA

PRESENTA:

DRA. MARIA TERESA HERRERA AVILA

AUTORIZACIONES

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

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR

## DEDICATORIA

A dios que puso los medios para entrar a la residencia, me dio la fortaleza espiritual y física.

A mi esposo Jorge: por brindarme todo tu apoyo y comprensión en cada momento, vives en mi corazón, te amo, gracias cariño.

A mis hijas: Tere y Andrea que son mi fortaleza, y fuente de inspiración, mi motivación para superarme, gracias por su apoyo, las adoro...

A mis padres Gerardo y Luz María Teresa porque me proporcionaron su apoyo total y su fe, por sus palabras emotivas, por haberme dado la vida, los quiero mucho.

A mis hermanos: Gerardo, Elizabeth, José Luis, Yadira, Carlos y Nashielly, por brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

A mi Profesora Titular de la Residencia: Dra. Martha Tapia Chávez por su apoyo y consejos, no la olvidare.

A la Profa. Dpto. de Medicina Familiar: Maestra Clara Ivette Hernández Vargas por su orientación y apoyo.

A Virginia, Gabriela, Fabiola, Nicolás, Jaime, Chacón y Pedro, gracias por estar conmigo todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes, gracias por ser mis amigos y recuerden los llevare en mi corazón.

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1 CALIDAD DE VIDA EN EL ADUTO MAYOR	
1.1 Definición de calidad de vida	4
1.2 Calidad de vida en el adulto mayor.....	4
1.3 Componentes de la calidad de vida.....	6
CAPITULO II SEXUALIDAD	
2.1 Definición de sexualidad	10
2.2 Diferencia entre sexo y sexualidad	11
CAPITULO III SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR	
3.1 Definición de sexualidad en la vejez	12
3.2 Cambios en la respuesta sexual humana con el envejecimiento	14
3.3 Disfunción sexual en el adulto mayor	18
3.4 Enfermedades Crónicas y Disfunción sexual	20
3.5 Planteamiento del problema	25
3.6 Justificación	26
CAPITULO IV METODO	
4.1 Objetivos.....	34
4.2 Procedimiento	35
4.3 Instrumentos	36

4.4 Determinación y tamaño de la muestra	37
4.5 Diseño del estudio	38
4.6 Criterios de selección	39
4.7 Descripción de variables	40
4.8 Consideraciones éticas	45
4.9 Análisis de la información	46
CAPITULO V RESULTADOS	
5.1 Datos socio demográficos	48
5.2 Se identifican componentes de la calidad de vida	
5.2.1. Componentes del estado físico	49
5.2.2 Componentes del estado emocional	50
5.2.3 Componentes del estado social	52
5.3 Componentes sexuales	54
5.4 Calidad de vida	57
5.5 Se identifica la relación de los componentes de calidad de vida y Componentes sexuales	58
CAPITULO VI DISCUSION	62
CAPITULO VII CONCLUSIONES	68
ANEXOS	72
BIBLIOGRAFÍA	73

*“El amor y la sexualidad cambian según los años, pero el deseo, por suerte, no muere nunca”*

Leopoldo Savarezza Psico. 2005



## RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar como la calidad de vida influye en la sexualidad del adulto mayor

El envejecimiento constituye un proceso natural e inevitable, se manifiesta mediante cambios físicos, psicológicos, emocionales, sociales que pueden provocar eventos indeseados, como afectar el aspecto sexual.

En el transcurso de la senectud la sexualidad sigue desempeñando un papel importante en la vida de los individuos, pero le falta la oportunidad para ejercerla, lo que produce una cierta marginación sexual que sufre la población añosa, que hace que no conserve un buen estado de bienestar en ese importante aspecto de su vida y por tanto de su salud, ya que no hay motivo alguno para que el interés y las prácticas sexuales desaparezcan, debido a tener determinada edad.<sup>1</sup>

Se considera que la sexualidad en la vejez es reforzada por patrones sociales y las creencias personales de cada individuo. Sin embargo, las necesidades de interacción, intimidad y afecto de una persona no terminan a ninguna edad. Es más, el interés por la actividad sexual es un indicador de la calidad de vida.<sup>2</sup>

La calidad de vida hace referencia a la percepción que tiene un individuo de su propio bienestar físico y mental. Numerosos factores contribuyen a la calidad de vida, incluyendo los que influyen en "lo buena" que es la vida, la felicidad de un individuo y su capacidad para desenvolverse de manera independiente y disfrutar de la vida.<sup>3</sup>

Por lo anterior es relevante evaluar los componentes que integran la calidad de vida e identificar su relación con la sexualidad del adulto mayor.

## INTRODUCCIÓN

La vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final del proceso de desarrollo en donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales. La presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los sesenta o sesenta y cinco años de edad.

En el mundo, en términos absolutos, el número de personas de 65 años y más se habrá multiplicado aproximadamente por cuatro entre 1955 y 2025 y su proporción frente a la población total va duplicarse (5.3% en 1955- 10% en el 2025)<sup>4</sup>

Ante el importante crecimiento demográfico y el inminente aumento de la demanda de los servicios de salud por este sector de la población, analizar con más detalles sus necesidades de salud se transforma en una tarea impostergable para proceder a ordenarlas y enfrentar con mejor capacidad de respuesta este desafío de fin de siglo.<sup>5</sup>

La atención al anciano ha alcanzado logros notables en nuestro país, sin embargo el abordaje de la sexualidad en la tercera edad persisten actitudes retrógradas que son similares a las que existían en siglos anteriores y que tienden a rechazar, burlarse o en el mejor de los casos ignorar la existencia de la actividad sexual en las personas mayores de 60 años.

La sexualidad desempeña un papel importante a lo largo de la vida. Mientras se conserve un buen estado de salud, no hay ningún motivo alguno para creer que con la edad desaparezca el interés o las prácticas sexuales.

El tema sexualidad exige una visión integral que contemple los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.<sup>6</sup>

Estos 3 componentes básicos: el biológico o sexo biológico del individuo que anatomofisiológicamente lo representa toda su vida; el psicológico, el cual surge gracias al proceso de interpretación del yo; y finalmente el social. Los 3 interactúan a lo largo de toda su existencia humana.

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida del hombre y la mujer, y es el reflejo de su bienestar, psicológico y social. La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población.<sup>7</sup>

El médico familiar tiene el privilegio de conocer y manejar, como ningún otro la problemática individual, socio-familiar por grupo de edades, de poder actuar de manera directa y eficaz sobre la creciente población senescente.

Se hace necesario y a la vez urgente conocer más sobre el adulto mayor, no solamente las circunstancias sociales que lo rodean, sino también lo que siente y piensa. Por lo cual es importante de determinar y evaluar estos componentes permite destacar el estado funcional del paciente, y cómo influyen en su sexualidad.

## CAPITULO I Calidad de vida

1.1 Definición: Calidad de vida hace referencia a la percepción que tiene un individuo de su propio bienestar físico y mental.<sup>8</sup>

Como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio y complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, su relación con los elementos de su entorno.

En definitiva es la conjunción de tres facetas diversas, ese trípode sería el conformado por el estado físico-psíquico, la estabilidad emocional y las expectativas de desarrollo personal. (OMS)

El termino calidad se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. De ahí que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes sea uno de los objetivos principales de la atención médica.<sup>9</sup>

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena calidad” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

10

1.2 Calidad de vida en el adulto mayor.

El conocimiento de los fenómenos de envejecimiento permite un mejor entendimiento de la calidad de vida. Cambiar la forma de apreciarla, pues el comportamiento de los ancianos es diferente, según la sociedad a la que pertenezcan. Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de

envejecimiento. Envejecer, bien o mal, depende de los grandes márgenes fijados por el contexto social de los mismos individuos que envejecen.

En la existencia de un individuo reconocemos tres factores que influyen categóricamente en su vida: Bienestar físico, bienestar social y bienestar emocional.

El equilibrio positivo de los tres factores permite que el individuo viva plenamente, sin depender de otras personas y desarrollando todas sus facultades. En la medida que estos factores, o uno de ellos se deteriore, la persona se va imposibilitando de vivir su propia existencia y comienza, lentamente a depender de otros hasta llegar a ser completamente dependiente. El envejecimiento, desde un punto de vista biológico, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible. Es la fase final del desarrollo. Paralelamente a este envejecimiento biológico, que se produce sin que se sufran enfermedades y/o accidentes, el ser vivo, a lo largo de su vida y, principalmente, al final de ella, experimenta enfermedades y accidentes que influyen y aceleran su envejecimiento. Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependiente de otros seres humanos

En lo Social: Significa autonomía de vida, no dependiendo de otros. El adulto mayor mayoritariamente, es una persona jubilada y que por ello enfrenta dificultades económicas y problemas en el uso de su tiempo, que le sobra. Las dificultades económicas son producto de sus bajas pensiones e ingresos, del exceso de gasto en medicina y medicamentos, y de la dificultad de obtener un empleo rentable. Los problemas de sobra de tiempo se deben a esa dificultad de obtener un empleo que permita suplementar sus ingresos. El deterioro físico, planteado anteriormente, junto a la dificultad económica son las dos principales situaciones que generan dependencia de otros al adulto mayor.

Bienestar emocional: La jubilación, además de ser un símbolo de disminución de ingresos, produce un aislamiento progresivo de la persona por pérdida de compañeros de trabajo, lo que se traduce en aburrimiento y en sensación de inutilidad frente a la sociedad. Ello influye en la autoestima. También se inicia el

desaparecimiento de los amigos, familiares e hijos, éstos últimos por iniciar una nueva familia. La presencia de enfermedades y/o accidentes que limiten el bienestar físico, los trastornos en su actividad social que lo aíslan, afectan su autoestima y la necesidad que posee toda persona de sentirse amada y considerada, alteran el bienestar emocional, que es fundamental en la vida humana.

El equilibrio positivo en estos tres aspectos de la vida hace que una persona adulta mayor sea un individuo activo, participativo, feliz, satisfecho de la vida y con ansias de contribuir en las actividades de la sociedad no de ser un anciano sin ganas de vivir (insatisfecho).<sup>11</sup>

El ser humano debe conocer oportunamente esta realidad para prepararse a enfrentar esta etapa de su vida y a prevenir las situaciones que podrán influir negativamente en su futuro

### 1.3 Componentes de la Calidad de Vida

Calidad de vida requiere de determinadas condiciones del orden social y económico, por ser estas fundamentales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material. El aspecto psicológico una armonía interior, el comportamiento y la actitud son determinantes que están muy relacionados con la forma de vida y las circunstancias en que estas se desarrollan y tiene que ver con la forma de vida de las personas.<sup>12</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una satisfacción personal, a nivel fisiológico (síntomatología general-enfermedades crónicas, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, angustia) y sociales (situación laboral, escolaridad, interacciones sociales en general, relaciones familiares, nivel económico)<sup>13</sup> Fig. 1

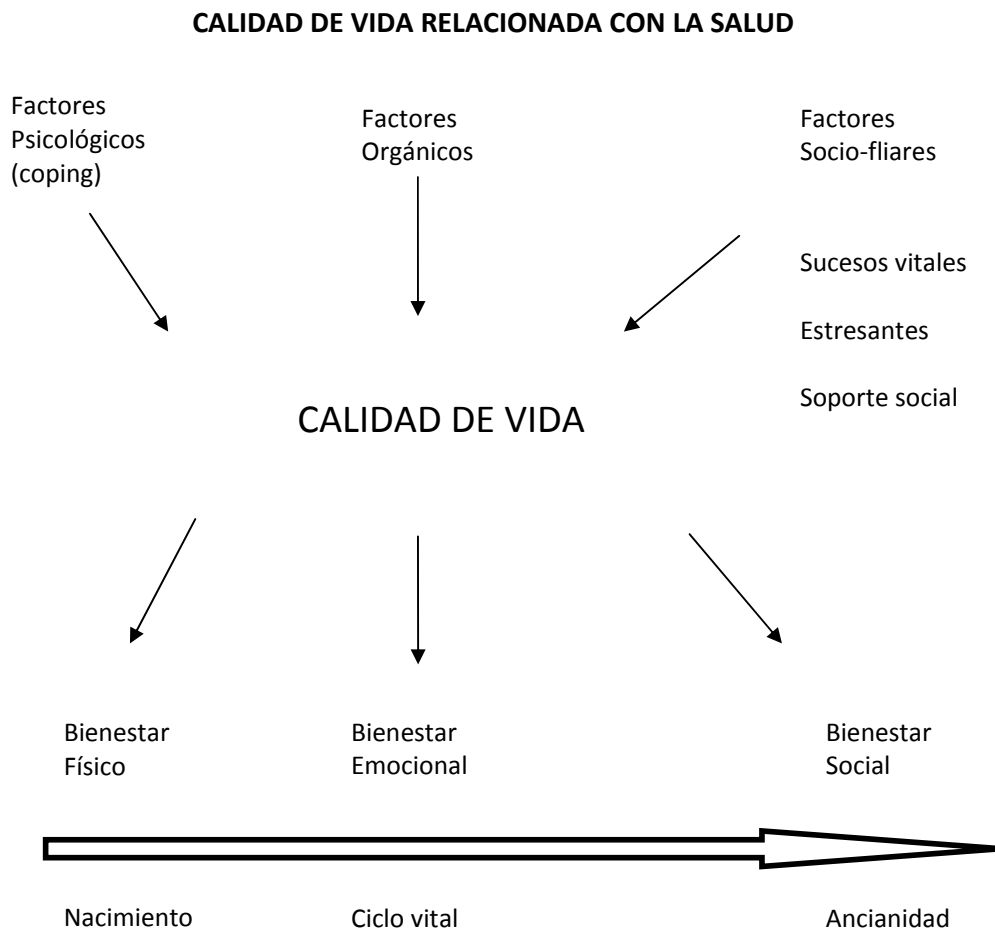


Fig. 1 Calidad de vida Relacionada con la salud  
(Adaptado de Schwartzmann L. 2003)

Además de las desigualdades económicas el empobrecimiento de los últimos 5 años fue del 29%. Esta crisis afecta los ingresos de todas las edades y especialmente la de los adultos pues no se les reconoce la experiencia en el momento de fijar los salarios, lo que hace que los afecte en mayor proporción. No se cuenta con políticas públicas para proteger económicamente la población de mayor edad.

La productividad es la medida de valor de la persona y dado que los viejos ya no producen, pierden valor e interés, y consecuentemente pierden poder.

Envejecer se asocia a perder valor social. Como humanos necesitamos sentirnos importantes y útiles. Tener compañía. Compartir proyectos y actitudes. Nuestra estabilidad como personas requiere que nos sintamos seguros emocionalmente.

La soledad afectiva sea uno de los problemas de salud sino considerado el más importante, este hecho es el más importante desde la psicología en la vejez, se acepta que las personas mayores tienen fundamentalmente las mismas necesidades afectivas y de relación que cualquier otra en un periodo de la vida diferente.<sup>14</sup>

Los factores que perjudican con más frecuencia a los viejos que a los adultos jóvenes en ciertos tipos de tareas son: la complejidad de la tarea, la falta de práctica, la ansiedad y la mala condición física.

Con base en esto, la jubilación no es un proceso que se imponga en relación con la edad, sino con la capacidad del sujeto, pues se ha encontrado cierto nivel de incapacidad o discapacidad motriz a cualquier edad, y se incrementa, levemente, entre los 55 y 75 años. La importancia de la funcionalidad fue ratificada por la Comisión Estadounidense en Enfermedades Crónicas y por la OMS. El estado funcional se define como la capacidad de una persona para realizar las actividades necesarias para lograr el bienestar. A menudo se conceptualiza como la integración de tres campos de la funcionalidad: biológico, psicológico y social.

Enfrentado a la realidad del envejecimiento, en medio de una sociedad altamente diversificada, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como social. Es fácil que se sienta como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, porque percibe que los demás no cuentan con él. A nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria<sup>15</sup>

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades



fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar para tomar acciones preventivas que puedan mejorar la calidad de vida.<sup>16</sup>

La sexualidad en la vejez es un tema poco estudiado, es un área que se descuida y menos entendida por la sociedad, por los ancianos y profesionales de la salud. Pero que actualmente es un reto a nivel mundial para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento satisfactorio.

“Garantizar una vida de calidad a personas longevas es un nuevo reto regional que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante la próxima década”<sup>17</sup>

En este estudio se considera la calidad de vida en base a propuestas de un cuestionario de Calidad de Vida (QoI) de Homero Fuentes, International Osteoporosis Foundation (IOF) Quality of life Questionnaire/Spanish e Inventario de salud para los hombres (SHIM).

## Capítulo 2 Sexualidad

### 2.1 Definición de sexualidad

El Comité de Sexualidad Humana de la Asociación Médica Americana, define la sexualidad humana en los siguientes términos: lo que somos y lo que hacemos, así como también como una actividad, una dirección, un proceso biológico, un mirar hacia afuera y una expresión de sí mismo, la cual está influenciada por creencias sociales y personales.<sup>18</sup>

La sexualidad se define como un proceso de integración emocional, somático, intelectual y de aspectos sociales en vía de aumentar la mismidad de cada uno; es una energía que es expresada en todos los seres. La sexualidad necesita tener una mirada más allá de la anatomía, las hormonas, las relaciones coitales y el orgasmo; más bien debe ser considerada como una función que contribuye al desarrollo integral de la persona.

La actividad y el funcionamiento sexual saludable comprenden el significado que tiene la proximidad de la otra persona, el tocar, la intimidad emocional y la compañía.

La función sexual normal depende de la interacción entre la libido y la potencia; la libido incluye los deseos, direccionamientos, pensamientos, fantasías, satisfacciones o placeres. Para el hombre la potencia consiste en la capacidad de obtener y mantener una erección y eyaculación; tanto para la mujer como para el hombre la potencia puede incluir la vasocongestión pélvica y las contracciones orgásmicas.<sup>19</sup>

La sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de esta.<sup>20</sup>

El hombre se enfrentado de forma súbita a una prolongación de su vida con escasos conocimientos de su capacidad fisiológica y un patrón cultural en donde se integran rígidos conceptos sobre sexo, transmitidos de otras generaciones. Uno de estos conceptos equivocados es el que plantea que la actividad sexual desaparece en la edad avanzada y, por lo tanto, desearlas o tener fantasías sexuales, después de los 60 años, no es natural, fisiológico, moral o socialmente bien visto. Para muchas personas de ambos sexos resulta

un factor de ansiedad llegar a la edad madura, lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual.<sup>21</sup>

La sexualidad es un fenómeno complejo que depende de mecanismos neurológicos, vasculares y endocrinos, y condicionada por factores psicológicos, sociales y de la propia pareja. Con frecuencia, las enfermedades crónicas y las discapacidades están relacionadas con una disfunción sexual. Los factores psicológicos pueden parecer problemas de autoestima, de ansiedad y sobre todo de depresión asociada a la propia enfermedad. En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases del deseo y excitación sexual mientras que los tratamientos farmacológicos pueden interferir en cualquier fase de la respuesta sexual.<sup>22</sup>

## 2.2 Diferencia entre sexo y sexualidad

Sexo: Condición orgánica que distingue a las personas en hombres o en mujeres. El sexo entendido como relación sexual, se define como un conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos o más personas de igual o distinto sexo, en las que aparecen componentes de excitación, deseo sexual y placer. Estos placeres se encuentran tanto en la mujer como en el hombre.

Se define la sexualidad como una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas, para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, caricias o ternura.

La sexualidad, por tanto, es una parte de la necesidad de establecer relaciones que tenemos todos los seres humanos. También es un componente de la necesidad de amor y afecto. Para algunas personas es una fuente de armonía y satisfacción y para otras es un elemento de conflicto y tensión. Cada cual tiene su propia manera de llevarla a cabo. La variabilidad personal es extraordinaria.

## Capítulo 3 Sexualidad en el Adulto Mayor

3.1 Definición: El término sexualidad significa muchas cosas para distintas personas y diferentes etapas del ciclo vital. Se define como Salud Sexual Geriátrica a “la expresión psicológica de emociones y compromisos, en una relación de confianza, amar, compartir y placer con o sin coito.”<sup>23</sup>

En las personas mayores la actividad sexual, no es entendida necesariamente como actividad orientada hacia el coito, si no que se trata de placer de contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da al sentirse querido. La sexualidad en la tercera edad responde al deseo de sentir placer, de gozar, de abrazarse a otro cuerpo, de sentirse amado y de amar.

Factores de expresión del comportamiento sexual del adulto mayor: (Kinsey) demostró que la masturbación es bastante común entre los ancianos. En trabajos recientes se dice que la masturbación es la actividad sexual más frecuente en varones mayores de 80 años. El 40-50% de las mujeres independientes mayores de 60 años practican esta actividad y un 8% se masturban semanalmente. La auto-estimulación puede ser de gran importancia en la vejez, permite liberar tensión sexual tanto en el hombre como en la mujer, con o sin pareja. Tocamiento y caricias: La falta de contacto físico puede generar sentimientos de aislamiento y soledad. La relación con el cónyuge: La satisfacción marital se incrementa en la fase del nido vacío, y se mantiene durante la ancianidad, pasan más tiempo juntos. Uno de los predictores de satisfacción en la vejez, es la presencia de un cónyuge o la unión libre con una amistad íntima.<sup>24</sup>

La problemática de la expresión sexual en el anciano, se agrava no solo por los estereotipos sociales, sino también porque muchas veces existe la falta de otra pareja, siendo importante el apoyo de su familia.<sup>25</sup> La ausencia de la actividad sexual se relaciona directamente, con la no existencia de una pareja estable, tanto en el hombre como en la mujer. La familia es promoción de las condiciones que favorecen a los miembros de la familia el desarrollo biopsico-

social de su persona y propicia la réplica de valores individuales (afecto, cuidado, estatus, reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad).<sup>22</sup>

La sexualidad en el anciano no se puede asociar con la procreación, y tiende a negarse su existencia, o al menos es un tema tabú. Como reflejo de esto en las residencias de ancianos no se facilita por el contrario, se limita cualquier actividad sexual. Los límites que aparecen en las residencias de ancianos son fundamentalmente la falta de privacidad y la actitud del personal que trabaja, criticando e impidiendo cualquier manifestación sexual de los residentes, generalmente debido a la falta de conocimiento con respecto al tema.<sup>25</sup>

El nivel de interés sexual en el anciano está en relación con el que haya desarrollado y mantenido a lo largo de su vida. El funcionamiento sexual se comporta como las restantes funciones, si no se ejercita, merma pero si se practica se perpetúa, mientras que aquellos que a lo largo de su existencia ejercieron un sexo pobre y falta de interés, pierden el deseo por la sexualidad más tempranamente.

Las pautas de intervención sexual en el adulto mayor no difieren de las practicadas en etapas anteriores de la vida. El coito, el sexo oral y la masturbación recíproca son formas de ejecutar el acto sexual preferidas tanto para jóvenes como por ancianos. El hombre adulto mayor admite la masturbación como medio para lograr autosatisfacción y alivio de las tensiones eróticas, mientras que la mujer añosa suele negar u ocultar este acto, en ellas influyen prejuicios culturales sobre sexualidad femenina que aún persisten en sociedades como la nuestra.

La contemporaneidad ha sido una época de cuestionamientos radicales a las tradiciones sexuales, sin embargo existen escasas referencias de cómo se piensa, se siente y se vive la sexualidad actual.

El envejecimiento exitoso, de acuerdo con las características descritas por Rowe y Kahn, implica tener una baja probabilidad de enfermar y discapacidad asociada a ella, un alto funcionamiento a nivel físico y cognitivo y un compromiso activo con la vida. La sexualidad en la vida de los ancianos hace parte del envejecimiento exitoso teniendo en cuenta sus dimensiones biológica,

mental, social y espiritual. El sentimiento de estar satisfecho sexualmente implica tener una integración adecuada de todas estas esferas.

La sexualidad en los ancianos se transforma en experiencias más calmadas, con menos ímpetu que en la juventud, pero no de menor valor o significado, y continúan siendo altamente placenteras y gratificantes.

Se han visto hombres agotados que andan todavía cien kilómetros más por haber encontrado un compañero o compañera". Es por ello que consideramos que incluso en la vejez, para vivir bien, es necesario el amor, una cierta llama pasional. El anciano puede aceptar varias limitaciones y mantener algunas investiduras para disponer de energía y orientarla en ciertas direcciones. Pero el autocuidado exclusivo o excesivo puede resultar mortífero. Cuidarse suprimiendo todo lo agradable (sexualidad, comida, bebida) tal vez baje el colesterol y los triglicéridos, pero también baja el entusiasmo por la vida.<sup>27</sup>

### 3.2 Cambios en la respuesta sexual humana con el envejecimiento.

Cambios biológicos con el envejecimiento: fisiológico es una clave importante para entender, en parte, la disminución de la actividad sexual que se produce en esta etapa de la vida.

Un error frecuentemente aceptado es la confusión entre envejecimiento y enfermedad. Aunque el proceso de envejecimiento incluye la susceptibilidad a las enfermedades, los cambios producidos por el proceso de envejecimiento son universales, afectando a todos los individuos, mientras que las enfermedades solo afectara a un grupo determinado.

Cambios en el hombre: dentro de los cambios fisiológicos se encuentra: enlentecimiento de la erección con la edad, es necesario más tiempo para la estimulación y para alcanzar el clímax sexual, siendo el orgasmo de menor duración. Disminuye el número de erecciones nocturnas involuntarias. El periodo refractario tras la erección alimenta marcadamente. Se reduce el líquido pre-eyaculatorio, la eyaculación se retrasa y es menos intensa. Todos estos cambios pueden estar relacionados con múltiples factores hormonales, neuronales y vasculares.

Cambios en la mujer: El envejecimiento no es por sí solo un factor que origine la disminución del interés sexual de la mujer, ni su capacidad de respuesta sexual. El ciclo de la respuesta sexual de la mujer pos-menopáusica lleva consigo una serie de cambios fisiológicos y anatómicos a nivel del aparato genital y de todo el organismo. Tras la menopausia hay disminución severa de la producción de estrógenos y prostágenos son los causantes de los cambios en el aparato genital: los ovarios disminuyen progresivamente de tamaño, las trompas de Falopio se hacen filiformes, el útero regresa a su tamaño prepuberal, el endometrio la mucosa del cuello uterino se atrofia, la vagina se acorta y menos elástica, disminuye la capacidad de lubricación de la vagina, provoca coito doloroso; las mujeres mantienen su capacidad multiorgánica pero más débil y menos numero de contracciones; atrofia en los ovarios, disminuye la producción de andrógenos, por lo tanto disminuye el interés sexual.<sup>28</sup>

Con lo antes mencionado, la respuesta sexual del adulto mayor cambia ocasionando sentimiento frustrado y experiencias aversivas.

La respuesta sexual humana es definida como la secuencia ordenada de acontecimientos fisiológicos que preparan al cuerpo para la cópula. El ciclo de esta respuesta de acuerdo con el modelo planteado por Masters y Jhonsons comprende las fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Fig. 2, 3,4 <sup>19</sup>

La Fase de excitación, del ciclo sexual humano se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o, sociogenica. El factor estimulante es el de mayor importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante este ciclo. Si la estimulación es adecuada a la demanda individual, la intensidad de la respuesta aumenta por lo general, la excitación puede ser acelerada o corta. Si el estímulo no es afectivo, la fase de excitación puede prologarse mucho o no producirse.

De la fase de excitación pasa a la de meseta, si la estimulación sexual afectiva continua, la tensión se intensifica y llega al máximo, después aparece el orgasmo. La duración de meseta depende la calidad del estímulo empleado. Si el estímulo es inadecuado o interrumpido, la persona no llega al orgasmo, se queda en la fase de meseta a una fase de resolución excesivamente prolongada.

La fase de orgasmo se limita a los escasos segundos durante los cuales la vaso congestión y la miotonía desarrolladas por el estímulo sexual son liberadas, representa el máximo de tensión sexual en cada caso particular. El comienzo subjetivo del orgasmo es pélvico y se concreta en el clítoris, vagina y Útero en la mujer y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre. Se experimenta subjetivamente una respuesta de todo el organismo a la tensión sexual. <sup>29</sup>

Durante la fase de resolución la erección de los pezones disminuye de forma más lenta que en las mujeres jóvenes. El clítoris retorna con rapidez a su posición inicial. Los dos tercios superiores de la vagina se encogen mucho más pronto en la mujer anciana, debido a la disminución de la elasticidad. Otro cambio asociado con la edad en la actividad sexual masculina es la prolongación del período refractario. Con el envejecimiento, el período requerido entre coitos se prolonga. Durante la edad media este período refractario puede ser tan largo como 24 horas, y durante la vejez tan larga como una semana. Esta disminución en la frecuencia de las relaciones coitales al envejecer. Tabla 1 <sup>19</sup>

Cambios en la respuesta sexual humana				
	Excitación	Meseta	Orgasmo	Resolución
Respuesta sexual masculina	Disminución de la libido. Necesidad de mayor estímulo. Disminución de la rigidez del pene	Prolongación de la fase de meseta. Disminución de las secreciones preeyaculatorias	Corta duración. Disminución de la fuerza eyaculatoria, del volumen seminal y de la urgencia eyaculatoria.	Prolongación del periodo refractario. Defumescencia y descenso testicular Rápido.
Respuesta sexual femenina	Disminución de la vasocongestión mamaria y genital. Necesidad de mayor estímulo. Disminución de la lubricación.	Disminución en la elevación del útero y labios mayores.	Corta duración. Menor intensidad. Menor contracción uterina y vagina	Conserva la capacidad multiorgásmica. Reversión rápida a etapa de excitación.

Tabla. 1 Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2006; 20 (2)



## Cambios en la respuesta sexual masculina con el envejecimiento

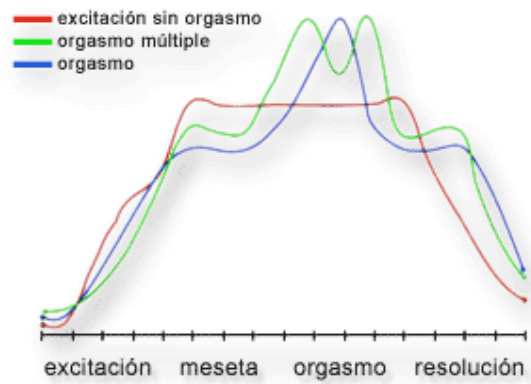
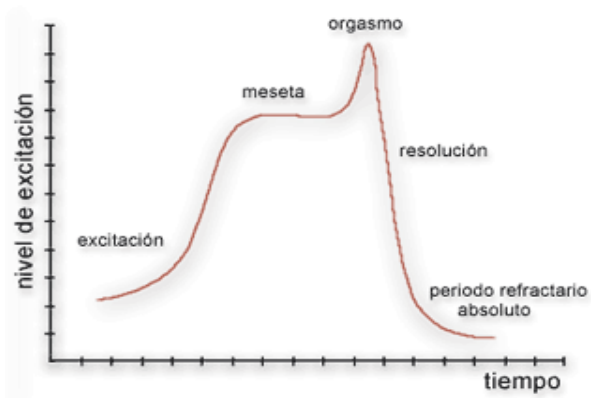
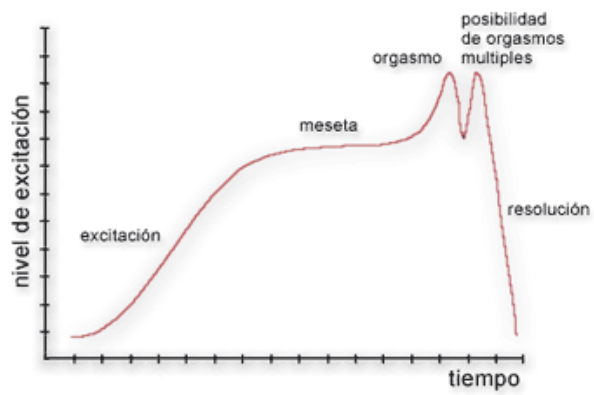


Fig. 2



Hombre Fig. 3



Mujer Fig. 4

### 3.3 Disfunción sexual en el adulto mayor

Definición: La disfunción sexual se define como la incapacidad para realizar o disfrutar de la relación sexual, convirtiéndose en una experiencia insatisfactoria para la propia persona o su compañero-a; por lo general en los ancianos se presenta en la mayoría de los casos como consecuencia de algún proceso patológico más que por un cambio normal del envejecimiento. Por ejemplo, en el hombre las más frecuentes son la disfunción eréctil y la eyaculación precoz o retardada, en la mujer se presenta la dispareunia, la anorgasmia y el vaginismo, disfunciones que pueden ser primarias, que inician al principio de sus experiencias sexuales, o más frecuentemente secundarias, las cuales ocurren en edad tardía.

En relación a la disfunción sexual en la actualidad existen clasificaciones más completas como la establecida por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, en el que se define: "las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. En este manual las disfunciones sexuales se dividen en: deseo sexual hipoactivo; trastorno por aversión al sexo; trastorno de excitación en la mujer; trastorno de la erección en el hombre; trastorno orgásmico femenino; trastorno orgásmico masculino; eyaculación precoz; dispareunia; vaginismo y disritmia. De acuerdo con estas definiciones queda clara la razón del por qué las disfunciones sexuales tienen un componente multifactorial en el que se incluyen factores biológicos, psicológicos, socioeducativos y los problemas en las relaciones de pareja.<sup>12</sup>

La disfunción sexual en la mujer (DSF) debemos entender que la respuesta sexual de la mujer ya no se entiende como las clásicas etapas de deseo, excitación y orgasmo; sino que es un ciclo cerrado, donde se conjugan una serie de elementos emocionales y biológicos, como se muestra en la figura 5.

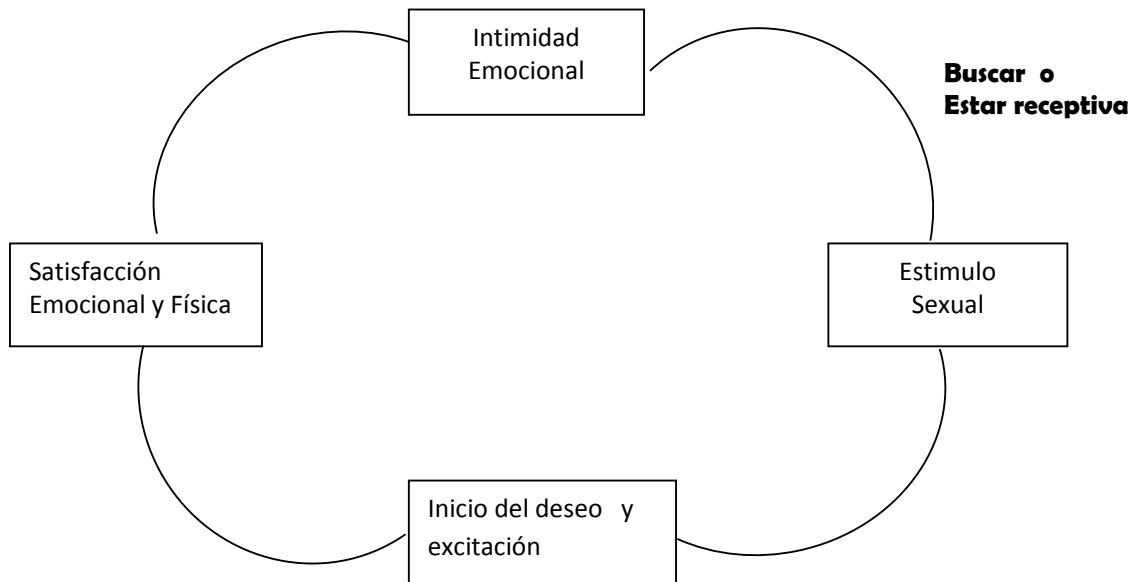


Figura 5 Fuente: [www.medicinafamiliarur.cl/html/articulo\\_anterior.html](http://www.medicinafamiliarur.cl/html/articulo_anterior.html)

Para que la mujer esté receptiva a los estímulos sexuales de su pareja, o pueda sentir deseo en forma espontánea, debe existir intimidad emocional (ambiente, sentirse querida, deseos de mostrar su amor, autoimagen positiva, etc.). Si los estímulos sexuales son adecuados a sus expectativas, factores biológicos y principalmente psicológicos, éstos llevarán al desarrollo del deseo y consecuente excitación tanto física como emocional.

La DSF se refiere a “Descontento o insatisfacción en cualquier aspecto de la experiencia sexual, ya sea emocional, física o relacional”, cualquier elemento que altere el ciclo, puede llevar a una disfunción sexual.<sup>30</sup>

Las quejas más frecuentes referidas por los ancianos consisten en cambios en la imagen corporal, rechazo hacia el envejecimiento, disminución de la función, conflictos de pareja, diferencias en la expectativa concernientes con la actividad sexual como el tipo, tiempo, frecuencia y enfermedades de transmisión sexual. Otras quejas incluyen: hipocondriasis o síntomas vagos, abuso sexual, depresión y soledad.<sup>22</sup>

Con frecuencia las enfermedades crónicas y las discapacidades están relacionadas con la disfunción sexual.

### 3.4 Enfermedades crónicas y Disfunción sexual

El estado de salud individual, es un factor igualmente significativo para lograr relaciones sexuales satisfactorias. Un rango característico de la senectud es la concurrencia de dos o más enfermedades, considerarse un factor de riesgo cuando se combinan entre de ellas, elevando la severidad de las alteraciones funcionales (físicas y mentales).<sup>22</sup>

Las enfermedades crónicas tienden a alterar la fase de deseo y excitación sexual, mientras que los tratamientos farmacológicos pueden interferir con cualquiera de las fases de la respuesta sexual. Tabla 2

Grupo de medicamentos	Acción sobre la fase de la respuesta sexual		
<b>Cardiovasculares</b>			
Diureticos Tiazidicos	❖	❖	❖
Espironolactona	❖	❖	
B bloqueadores	❖	❖	
Alfa bloqueadores		❖	❖
Bloqueadores de la entrada			
Inhibidores de la Enzima			
Antagonistas de los Receptores			
Digital	❖		
Hipolipemiantes	❖		
<b>Psicofarmacos</b>			
Antipsicóticos	❖	❖	
Antidepresivos Tricíclicos	❖	❖	
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina	❖		
Carbonato de Litio	❖	❖	❖
Ansiofíticos	❖		
<b>Otros</b>			
Opioides y Narcóticos	❖	❖	❖
Quimioterapéuticos	❖	❖	
Bloqueantes H2		❖	
Inhibidores de la Bomba	❖		
Metoclopramida	❖	❖	
Anticonvulsivantes	❖		
Alcohol		❖	
Nicotina		❖	

Tabla 2. Medicamentos y función sexual en el anciano  
(Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr 2006; 20(2))

En ocasiones, las enfermedades crónicas son utilizadas para poner fin a una sexualidad no satisfactoria y mantenida por obligación.

Debido a que las exigencias de las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona y sus redes sociales, los significados alrededor del cuerpo, las construcciones de género y los sentidos atribuidos al proceso salud-enfermedad como categorías psicosocioculturales resultan básicos para comprender la experiencia de vivir con estos padecimientos.

Las enfermedades endocrinas especialmente en lo que a sexualidad se refieren, su influencia puede ser directa sobre la función sexual, pero también indirecta, a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga, la astenia y el dolor.

En el caso específico de las enfermedades endocrinas, los estudios realizados desde la perspectiva biomédica han demostrado su asociación con la presencia de disfunciones sexuales, sobre la base del argumento de que el funcionamiento hormonal está involucrado en la regulación de las funciones sexuales humanas (deseo, erección/lubricación, eyaculación, orgasmo). Por otra parte, se plantea que el equilibrio (o no) hormonal también se relaciona con aspectos psicosomáticos (autoimagen, autoestima, percepción de menor atractivo) que, a su vez, influyen sobre la función sexual.<sup>31</sup>

Desde una primera mirada, parecería contradictorio que el tan bien demostrado hecho de que estas enfermedades cursan con dificultades sexuales, no refuerce la necesidad de exploración de la vida sexual de estas personas. Pero probablemente el hecho de que exista una relación aparentemente tan directa, clara y proporcional entre trastornos hormonales y sexuales, profundiza la percepción de poca necesidad de brindar atención a lo sexual, cuando ello será resuelto con la restitución hormonal. Y si a estos aspectos se integran otros como: una educación sexual deficiente, actitudes conservadoras y falta de habilidad para manejar temas de sexualidad por parte de los(as) proveedores(as) de salud, además de la consideración tácita (por dichos[as]

proveedores[as] y las propias personas que viven con endocrinopatías) de que la sexualidad en el contexto de una enfermedad no resulta lo suficientemente importante como para ser siquiera mencionada, comprenderemos entonces por qué pocas veces se incluye su exploración y la atención a los aspectos referidos a la salud sexual como parte integral de la evaluación de la salud

Debido al gran número de enfermedades crónicas que pueden inducir una disfunción sexual, aquí solo se efectuara una revisión panorámica de las importantes.

Cáncer: Todavía muchas personas asocian la palabra cáncer a enfermedad incurable, innombrable y mortal, aunque muchos cánceres son curables en un alto porcentaje de los casos. Los efectos secundarios de los tratamientos empleados (astenia, vómito, alopecia, anorexia, dolor, etc.) y de las técnicas quirúrgicas (amputación de órganos, supresión hormonal, daño neurológico y vascular) tienen un impacto considerable en la imagen corporal, el funcionamiento sexual e incluso la fertilidad.

Muchos pacientes presentan depresión, ansiedad y pérdida de la autoestima, por ello, el bienestar sexual de estos pacientes se puede ver gravemente comprometido.

Las disfunciones sexuales más comunes en las personas con cáncer son la falta de deseo sexual en ambos sexos, la disfunción eréctil en el varón y las dispareunia en la mujer. El orgasmo suele estar intacto en ambos, Se debe tomar en cuenta que la sexualidad es una necesidad de3l paciente oncológico, aun en estado terminales, y aunque disminuya el interés por el coito, el deseo de proximidad y el contacto físico se mantiene.<sup>22</sup>

#### Trastornos cardiovasculares

Enfermedad Coronaria: El infarto agudo de miocardio tiene una importante repercusión sexual, especialmente en varones, ya que más frecuente que en la mujer. En numerosos estudios, la disfunción eréctil se ha mostrado como un marcador precoz de cardiopatía isquémica. Los pacientes reflejan un menor grado de satisfacción sexual relacionado con menor apetito sexual, disminución de la frecuencia de relaciones y alteración de la potencia sexual.<sup>22</sup> El miedo a

manifiesto a la posibilidad de repetición del infarto durante la fase de excitación le inquieta. El deseo y la actividad suele disminuir, pero la capacidad orgásmica no se modifica.

**Hipertensión Arterial:** Los últimos estudios realizados en pacientes hipertensos estiman una prevalencia mayor de disfunciones sexuales que en la encontrada en la población general. Los trastornos vasculares son la causa más frecuente de impotencia, pueden ser entre otros por alteraciones del sistema arterial, síndrome de insuficiencia venosa, etc. Con afectación sistémica o sólo localizada a nivel genital.

**Diabetes Mellitus:** La diabetes se asocia con frecuencia a disfunciones sexuales, por los daños vasculares (microangiopatía diabética) y neurológicos (neuropatía periférica) que causa; esta última es el motivo principal de las dificultades sexuales que se presentan en los diabéticos de ambos sexos. Es relevante señalar que la disfunción eréctil en varones y las dificultades para alcanzar el orgasmo en las mujeres previamente orgásmicas podría ser una manifestación inicial de la enfermedad.

En los varones, el mayor problema se presenta con la disfunción eréctil; esta disfunción afecta al 50% de los diabéticos con 10 años de evolución de su enfermedad.

**Insuficiencia renal crónica:** Se ha demostrado, en ambos sexos, una relación entre el grado de uremia y el porcentaje de disfunciones sexuales.

Los pacientes con enfermedades renales pueden presentar disminución de la libido, reducción de la frecuencia coital, disfunción eréctil e infertilidad.

La sexualidad de estos pacientes suele empeorar cuando precisan tratamiento con hemodiálisis. Después del trasplante renal, un 50% de los pacientes suelen recuperar los grados de sexualidad previos.

**Enfermedades Neurológicas:** El cerebro es el órgano encargado de procesar los impulsos sensoriales que recibe para la percepción del placer, el dolor y las

emociones. Asimismo, envía impulsos que transforman el deseo sexual en respuesta sexual. Los principales procesos que pueden afectar a la sexualidad son :Lesiones centrales: tumores, epilepsia, ictus, traumatismos, etc.

Lesiones en el aparato neurológico inferior: esclerosis múltiple (EM), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), poliomielitis, siringomielia, espina bífida, hernia discal o tumor, cirugía o traumatismo de la columna, etc.

Enfermedades genitourinarias:

Lógicamente, las enfermedades de los órganos sexuales y la cirugía practicada en éstos pueden tener implicaciones en el funcionamiento sexual.

Algunas enfermedades benignas del aparato genitourinario, en ambos sexos, pueden afectar al funcionamiento sexual:

- En la mujer: malformaciones vulvovaginales, el liquen esclerovulvar, la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), la endometriosis, etc.
- En el varón: malformaciones del pene o ausencia de éste, hipospadias, hidrocele, etc. <sup>22</sup>



### 3.5 Planteamiento del Problema

Lo trascendente del estudio es que los adultos mayores carecen de información relacionada con el ejercicio de la actividad sexual en esta etapa de la vida por lo que es importante proporcionar información a los adultos mayores sobre sexo. Existen importantes variaciones individuales en la sexualidad durante la vejez, lo que indica que los cambios de la actividad sexual en el anciano son fruto de la intervención de varios factores.

Factores que debemos determinar, tomando en cuenta la calidad de vida. Calidad se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. De ahí que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes sea uno de los objetivos principales de la atención médica.<sup>9</sup>

Abordar un problema tan complejo como la sexualidad en el adulto mayor es de gran importancia por las aportaciones que pueda brindarnos al respecto.

Por tal motivo la pregunta del estudio es la siguiente:

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida que influyen en la sexualidad en el adulto mayor en unidad médica familiar no. 27 del estado de Oaxaca?

### 3.6 JUSTIFICACION

Habitamos en donde las personas viven cada vez más años y con mejor estado de salud. Sin embargo, aunque la atención del adulto mayor ha alcanzado logros notables, en el tratamiento de la sexualidad en la tercera edad persisten actitudes retrógradas que son similares a las existentes desde siglos anteriores, y que tienden a rechazar o burlarse, y en el mejor de los casos ignorar, la existencia de necesidades sexuales en el adulto mayor.<sup>32</sup>

El total de mayores de 60 años que habitaron en México en 1996 era de aproximadamente seis millones, por lo que se estimó que para el 2010 la población de mayores de 60 años ascenderá a 9.8 millones lo que equivale a más del 50% de la población que habitó en México en 1940.<sup>33</sup>

Actualmente en México existen más de siete millones de adultos mayores, se estima que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6% de la población. La disminución de la mortalidad ha aumentado. La esperanza de vida hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.<sup>35</sup>

Por el incremento de la población de adultos mayores también ocurren importantes consecuencias en materia de salud. Se trata de un grupo de edad más vulnerable a presentar enfermedades, ya sea por el desgaste acumulado a lo largo de la vida o por las manifestaciones de enfermedades, de larga duración se transforma en una alta consumidora de servicios de salud.

En 1994, el XIV congreso Internacional de Sexología aprobó la declaración de los Derechos Sexuales. Este documento sobre “derechos humanos fundamentales y universales” incluyó el derecho al placer sexual. El congreso, que reunió a sexólogos de diversos países, declaró que “el placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual”.<sup>43</sup>

En abril del 2002, representantes de los gobiernos de 159 países se reunieron en Madrid, España, para la Segunda Asamblea Mundial de la Naciones Unidas sobre el envejecimiento. El fomento de la salud y el bienestar en la vejez es una de las tres áreas prioritarias del Plan de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que entre los factores determinantes de la buena salud en la vejez se encuentra el acceso a servicios de atención de salud adaptados a las necesidades de los adultos mayores. La iniciativa de una Atención Primaria de Salud Adaptada a los mayores. Garantizar una vida de calidad a personas longevas es un nuevo reto regional que seguirá cobrando importancia en el contexto internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países en la próxima década.<sup>36</sup>

Recientes investigaciones demostraron mediante datos empíricos la importancia de la educación permanente- en tanto actividad psicosocial- para una mejor calidad de vida. Las conclusiones muestran que “Los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman mas jóvenes que los que se mantienen dinámicos”

Diversas investigaciones de la OMS (1975) de muestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a los que están socialmente aislados, y que una vida rica socialmente significativa tiende a prolongarse.<sup>37</sup>

De una muestra nacionalmente representativa de los residentes de E.U. demostraron que la intimidad sexual sigue siendo una parte importante de la mayoría de la vida de las personas a medida envejecen. Resultado interesante se encuentra entre las personas de edad avanzada sexualmente activa y que cuentan con pareja, tienen una frecuencia de relación sexual de dos o tres veces al mes o más, lo cual no es diferente de 18-59 años edad (Lindau) “Por lo tanto, si se tiene pareja, la frecuencia de las relaciones sexuales no cambia mucho entre los grupos de edad” se trata de la salud, no de la edad.<sup>38</sup>

La sexualidad en la vejez existe. Cada vez se subrayan más los beneficios que reporta al estado de salud, bienestar y satisfacción general del anciano. Tradicionalmente la sociedad ha alimentado una serie de tabúes y estereotipos

negativos acerca de la sexualidad en la vejez, que han hecho muy difícil un estudio sobre el tema, lo cual queda reflejado en el escaso número de investigaciones que existen y las dificultades conceptuales y metodológicas que implican.<sup>6</sup>

Durante las investigaciones realizadas sobre sexualidad de las personas de la tercera edad, muestran que éstas, con relativa buena salud y que gusten del sexo, son capaces de mantener su actividad sexual. En la vejez, existe mayor experiencia sexual, mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría.<sup>39</sup>

La sexualidad es un elemento fundamental en la buena calidad de vida de los ancianos, por lo que se hace necesario el conocimiento de algunos factores que permiten poder brindarles una atención óptima e integral.

En Nuevo León, México se realizaron 371 encuestas a pacientes mayores de 65 años de edad en una unidad familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre su actitud hacia la sexualidad, concluyeron que la población de adultos mayores no está satisfecha con su vida sexual (Suárez, Suárez, Lara-Ortega, Gómez-Soto,2005).<sup>40</sup>

Se realizó un estudio en la Ciudad de Guadalajara, México. Se les aplicó una encuesta a adultos y jóvenes sobre los prejuicios hacia la sexualidad en la vejez. Encontrándose de los prejuicios como más dañinos para la expresión de la sexualidad es el que limita la represión de los sentimientos en la vejez, el 95% de los jóvenes respondió que es completamente falso que el expresar su amor se vean ridículos y los adultos mayores en un 70% respondieron como verdadero; el 85% de los jóvenes consideran falso que los ancianos deban reprimir su sexualidad, mientras que el 58.3% de los adultos mayores consideran como verdadero.<sup>40</sup>

La disfunción sexual femenina (DSF) tiene una prevalencia aproximada de un 40 a 50%. Sin embargo, esto no necesariamente se correlaciona con la importancia que le dan las mujeres a tema, ya que no todas lo consideran como un problema. Solo un 14% de los médicos de Atención Primaria reconoce haber preguntado alguna vez sobre la función sexual.

Considerando la alta prevalencia del DSF y las barreras que los mismos médicos reconocen para abordar el tema son: la falta de entrenamiento, el poco tiempo en la consulta e Incomodidad frente al tema. Resulta importante conocer alguna herramienta que permita facilitar su aproximación.<sup>30</sup>

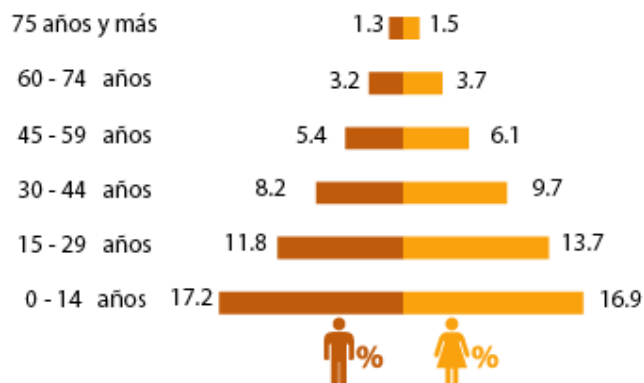
Actualmente en el estado de Oaxaca no se han realizado estudios en relación a la calidad de vida del adulto mayor y su sexualidad. La sexualidad en la vejez es un tema poco estudiado, tal vez porque el tema no se aborda tomando en cuenta los diferentes ángulos y por falta de interés del mismo grupo afectado.

En el año 2005 existían 3,506 821 habitantes los cuales corresponden al 3.39 por ciento de la población total de México. En esta pirámide se observa el incremento de la población de 60 a 74 años y 75 años a más. Oaxaca ocupa el tercer lugar a nivel nacional con mayor número de personas de tercera edad después de Veracruz y Estado de México, la mayor parte de los adultos mayores pertenecen a zonas rurales de las diferentes regiones que cuenta nuestro estado.

En el 2005, en el estado de Oaxaca viven:



### Habitantes por edad y sexo



FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

Algunos autores mencionan que:

-Que la problemática de la expresión sexual en el anciano, se agrava no solo por los estereotipos sociales, sino también porque muchas veces existe la falta de otra pareja, siendo importante el apoyo de su familia.<sup>30</sup> Que las personas de la tercera edad, que muestran, relativa buena salud y que gusten del sexo, son capaces de mantener su actividad sexual. En esta etapa hay mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría.<sup>39</sup>

- En Cuba arrojaron los siguientes datos: comportamiento de la actividad sexual según sexo masculino 56.6%, femenino 43.4%; la ausencia de sexualidad en esta edad se detectaron en cuanto a enfermedades 87.8%, el deterioro de relación matrimonial 83.8%; la falta de privacidad 68.9%, la ausencia de pareja 56.7%, disfunción sexual 55.4% y problemas familiares 31%. Presencia de enfermedades físicas y mentales, y su relación con la actividad sexual: hipertensión arterial 69.5%, cardiopatía isquémica 15.3% y Neurosis 7.5%.<sup>20</sup> En España el 39% de las mujeres y el 81.45% mantienen actividad sexual. De estos, el 62.2% de hombres y el 42.45% de las mujeres la consideran placentera; mientras que el 33.9% de las mujeres y el 48.4% de los hombres la valoran como enriquecedora.<sup>77</sup> Y en una comunidad con una muestra aleatoria de 622 personas se encontró depresión en un 31.7% con predominio en la mujer.<sup>41</sup>

Diferentes estudios y la experiencia clínica muestra que, a la ausencia de vínculos, puede ir asociado a sufrimiento psíquico y a problemas psicológicos y

relacionales diversos. Vivir en soledad entraña serios riesgos para la salud. Algunas personas mayores se ven obligadas a prescindir de relaciones humanas o restringirlas al ámbito familiar, lo que provoca sentimientos de soledad y genera lazos de dependencia muy fuertes.<sup>14</sup>

La práctica sexual de adultos de edad madura demostró que la satisfacción sexual era un importante factor predictor de una mejor calidad de vida presente y futura.<sup>42</sup>

Se realizó un estudio en New Jersey sobre los comportamientos y las preferencias sexuales en el adulto mayor de 60 años y más reportando: la mayoría informó que había físicas y experiencias sexuales en el último año, como tocar/la mano (60.5%), que abarca/abrazos (61.7%) y los besos (57%) a diario al menos una vez al mes, las caricias mutuas, la masturbación y el coito se experimentaron, no todos en un 82%.<sup>43</sup>

Con el propósito de definir el patrón sexual característico de las personas en edad geriátrica. Se llevó a cabo un estudio en pacientes que acudieron a consulta de psicogeriatría y/o disfunción sexual. En donde predominaron, en ambos sexos, los ancianos con vínculo conyugal. El 75 % de los ancianos mantienen el interés por el sexo y manifestaron deseo sexual, mientras que el 69,6 % realiza el acto sexual. El coito vaginal, seguido del sexo oral, fueron las formas de actividad sexual preferidas por ambos sexos. La pérdida de la erección en el hombre, y la disminución de la lubricación vaginal en la mujer, fueron los principales trastornos del funcionamiento sexual. El 78,4 % de los ancianos exhibió un bajo índice general de conocimiento sobre los cambios que ocurren en la sexualidad con el transcurso de los años.<sup>27</sup>

En los Estados Unidos se realizó una encuesta a 3500 mujeres y hombres, en donde se demostró que la felicidad personal guarda relación con la frecuencia de las actividades sexuales y el orgasmo, especialmente entre las mujeres. El 84% de mujeres casadas y el 91% de hombres casados consideran que la vida sexual satisfactoria es importante para la vida individual y la relación. Y el 98.5% de los encuestados consideran que el goce sexual mejora la calidad de vida a cualquier edad.<sup>43</sup>

También se realizó otro estudio en Japón aplicaron un cuestionario sobre la vida sexual encontrándose que la mitad de los adultos mayores habían mantenido relaciones sexuales y satisfacción en la vida sexual. En base a un análisis multivariado en cuanto a la rigidez del pene, su mantenimiento y dificultad de la misma, encontrándose una relación significativa entre la satisfacción sexual y la duración de erección, y también entre la confianza de erección y la dificultad de su mantenimiento. Llegando a la conclusión que era necesaria la comunicación sexual en la vida de las parejas de envejecimiento.<sup>44</sup>

Figuera considera que la conducta sexual en la ancianidad está calificada como inhabitual, es víctima de muchas agresiones, la idea de tercera edad es sinónimo de asexuación y que constituye una negación social.<sup>14</sup>

A pesar de la alta prevalencia de problemas sexuales en los adultos mayores nunca lo han comentado con un médico, sólo el 38% de los hombres y el 22% de las mujeres, dijeron que lo habían consultado con un médico. Por lo que *The New England Journal of Medicine* informa a los proveedores de la salud y a los pacientes acerca de la elaboración de las normas sexuales en la población de más edad de los EU.<sup>45</sup>

La prevalencia elevada de trastornos psicopatológicos en los ancianos, como son la depresión y la existencia de estresores, la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social y nivel socioeconómico son unos de los múltiples factores psicosociales que pueden influir en el deterioro progresivo de la actividad sexual en la vejez y la interrelación con los cambios fisiológicos debidos a la edad. Lo cual hace importante conocer estos factores para incrementar acciones que permitan educar y orientar al paciente.

A pesar de la alta prevalencia de problemas sexuales en los adultos mayores, no lo comentan con el médico, por las barreras que existen y que afectan el abordaje de la sexualidad humana entre el médico y el paciente, por lo que es de trascendencia contar con una herramienta que facilite al médico familiar



abordar este tema, conocer sus necesidades, saber que piensan y emprender acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida sexual en el adulto mayor.<sup>46</sup>

La falta de una adecuada utilización de los servicios de salud disponibles, en la que se excluye la consulta con el médico acerca de la salud sexual, no permite que el adulto mayor mantenga la función sexual satisfactoria, prediciendo una deficiente calidad de vida. Por tal motivo es primordial estimar que el médico familiar demuestre interés con una comunicación efectiva que le permita promover la salud emocional y un nivel elevado de satisfacción.

Un hecho importante en esta temática el que hace referencia a las escasas investigaciones existentes a este respecto. Hasta tiempos recientes la tercera edad no ha sido objeto de atención de los investigadores, para esta faceta no se cuenta con recursos económicos. El sexo en los mayores ha sido injustamente comprendido y su valoración ha estado enormemente condicionada por factores de índole sociocultural, más que de un conocimiento fidedigno y estricto.<sup>14</sup>

Por desconocimiento se halla silenciado y privado de derecho de/la anciano a disfrutar de su vida sexual y afectiva. Por lo que es necesario propulsar actividades de instrucción sobre sexualidad en el adulto mayor, que pudiera propiciar un mejoramiento general en la calidad de la asistencia sanitaria.

## 4. Método

### 4.1 Objetivos

#### OBJETIVO GENERAL:

Determinar como la calidad de vida influye en la sexualidad del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 27 IMSS Oaxaca

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar datos sociodemograficos de los adultos mayores
  
- Evaluar los componentes que integran la calidad de vida (el estado físico, emocional y social).
  
- Identificar la relación de los componentes de calidad de vida y la sexualidad del adulto mayor.

## 4.2 Procedimiento

Se seleccionaron a los pacientes, a cada uno de los adultos mayores que asistieron a la consulta en la UMF no. 27 de Ocotlan, Oax se les invito a participar en el estudio, se les explicó en qué consistía el estudio y se les solicitó su autorización para aplicarles una entrevista estructurada (anexo 1) con duración de 30-45 minutos, en un área con privacidad, con buena ventilación e iluminación. Se les aplicó esta herramienta a los pacientes hombres y mujeres mayores de 60 a 85 años de edad que cumplían con los criterios de inclusión y que acudieron a consulta en la UMF no. 27 de Ocotlán de Morelos, Oax. Durante el periodo que comprendió del mes de Enero del 2009 al mes de Abril del 2009, al final los datos se concentraron en forma global en el programa EPI INFO para su análisis.

En el estudio participaron de manera voluntaria, consentida e informada 181 adultos mayores, de los cuales fueron mujeres 89 y hombres 92. Por medio de una entrevista estructurada basada Dr. Homero Fuentes (ECV-PL-HF) , Inventario de la salud sexual masculina (SHIM) y el Cuestionario sobre calidad de vida (IOF) Quality of life Questionnaire/Spanish versión. Se tomaron preguntas que abarcaran los componentes de calidad de vida y sexualidad. Con la finalidad de obtener una herramienta para poder abordar este tema y poder analizar y describir su resultados.

Este procedimiento se llevó a cabo por el médico responsable de este estudio.

### 4.3 Instrumentos

Se realizó una batería que consta de 14 reactivos donde se preguntan datos sociodemográficos incluyendo enfermedad que padece y medicamentos que toma. Posteriormente se miden 4 dimensiones su percepción física, salud psicológica y relaciones sociales, contiene 24 reactivos con opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Dr. Homero Fuentes (ECV-PL-HF) y Cuestionario sobre calidad de vida (IOF) Quality of life Questionnaire/Spanish version Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que va de 0 a 100, entre más alta la puntuación, mejor calidad de vida. Se agruparon 4 clases en base a una fórmula de Intervalos de clases sugerida (Estadística Adm y Econ. 8ª edic. Madson y Lind) <sup>47</sup> se agruparon 4 clases: mala (31-49 puntos), regular (50-68 puntos), buena (69-87 puntos) y excelente (88-100 puntos). Posteriormente se realizan preguntas sobre lo que piensa el paciente de la sexualidad y por último se hacen preguntas específicas para hombres y mujeres basado en Inventario de la salud sexual masculina (SHIM)

.

Al terminar el estudio, fue revisado por el Comité Local de Investigación en Salud, por el cual fue aprobado.

#### 4.4 DETERMINACION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra.- Por tratarse de un estudio se tomó a toda la población de adultos mayores que acudió a consulta y que cumplía con los criterios.

El tamaño de la muestra se obtuvo de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$N = 677$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 0.05$$

$$P = 0.2$$

$$Q = 0.8$$

#### 4.5 DISEÑO DEL ESTUDIO

- a) Por la presencia de una maniobra experimental: observacional analítico.
- b) Por la dirección de búsqueda de la causalidad (direccionalidad): prospectivo
- c) Por la medición del fenómeno en el tiempo (temporalidad): transversal.
- d) Por la forma de captura de datos: pro lectivo.
- e) Por la presencia de un grupo de control: comparativo.
- f) Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto.
- g) Por los centros de atención involucrados: base institución

#### 4.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión.

- a) Adultos mayores de 60-85 años.
- b) Se incluyeron a hombres y mujeres

Criterio de No Inclusión:

- Adultos menores de 60 años y mayores de 85 años
- Pacientes con tratamiento médico prolongado

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores de 60 a 85 años que no deseen participar en el estudio.

#### 4.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

Variable Independiente: Factores asociados a la vida sexual

Variable Dependiente: Calidad de vida sexual en el adulto mayor

#### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Para efectos de este estudio se consideró los factores físicos, socioeconómicos, emocionales y de conocimiento sobre la sexualidad en la población mayor de 60 a 85 años.

Definición conceptual de variables en el presente estudio.

Variable	Tipo	Definición	Categorías o Intervalos
Calidad de vida	Cualitativa ordinal	Como =la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio y complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, su relación con los elementos de su entorno.= (OMS)	Buena Regular Precaria
Factor	Cualitativa ordinal	Elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado.	Socioeconómico Físico Emocional Sexual
<b>Datos Sociodemográficos</b>			
Escolaridad o Nivel de Instrucción	Cualitativa ordinal	Grado de estudios más alto aprobado por la población de 5 y más de edad en cualquiera de los niveles del Sistema de Educación Nacional.	-Preescolar -Primaria -Secundaria -Preparatoria o Normal Básica -Carrera Técnica -Profesionista -Maestría
Edad	Cuantitativa continua	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	



Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue a las personas en hombres o en mujeres.	Hombre Mujer
Ocupación	Cualitativa	Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupa realizó en su trabajo principal en la semana de referencia.	Profesionistas Técnicos Trabajadores de la educación Trabajadores de actividades agrícolas, ganaderías, caza. Conductores y ayudantes de maquinaria. Comerciantes, empleados y agentes de ventas Trabajadores en servicios domésticos Ayudantes, peones y similares en el proceso artesanal e industrial
Estado Conyugal	Cualitativa	Condición de unión o matrimonio de la población de 12 y más años en el momento de la entrevista, de acuerdo con las leyes o costumbres del país.	Casado Casado religiosamente Casado civil y Religiosamente Unión libre Divorcio Separado Viudo Soltero
<b>Estado Físico</b>			
Enfermedad Crónica Degenerativa	Cualitativa ordinal	Proceso degenerativo, progresivo y gradual, que se produce en el organismo en cualquier enfermedad crónica.	
Medicamentos	Cualitativa ordinal	Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (OMS)	Antipertensivos  Analgésicos  Hipoglucemiantes  Oncológicos
Dolor	Cualitativa ordinal	Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma  El dolor crónico constituye una enfermedad "per se". (OMS)	Agudo  Crónico
Función Física	Cualitativa ordinal	Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas.	auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar

			cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
Alcoholismo	Cualitativa ordinal	A los alcohólicos como bebedores en exceso cuya dependencia del alcohol ha llegado a tal extremo que existe un trastorno mental evidente, o que padecen problemas de salud físicos y mentales que interfieren en sus relaciones personales, sociales y laborales, o personas que muestran signos prodrómicos de estos problemas.(OMS) "problemas relacionados con el alcohol"	Adictos alcohólicos Bebedores sintomáticos
Tabaquismo (Fumador)	Cualitativa ordinal	Un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. En la práctica habitual fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta "¿fuma usted?".	Fumador  No Fumador
Salud	Cualitativa ordinal	La salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social transitorio. (OMS)	Excelente Buena Regular Mala
Vitalidad	Cualitativa ordinal	Cuantifico el sentimiento de energía y vitalidad frente a:	Agotamiento Cansancio
<b>Estado Emocional</b>			
Tristeza	Cualitativa ordinal	Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc.	Siempre Muchas veces Algunas veces Nunca
Angustia	Cualitativa ordinal	Es un estado emocional caracterizado por ansiedad, temor exagerado e incapacidad para manejar determinadas situaciones. Se manifiesta con ataques de pánico (terror irracional y abrumador) o episodios de miedo intenso, los cuales son frecuentes y repentinos. Este padecimiento puede reducir de manera considerable la productividad y calidad de vida de un individuo.	Si lo presenta  No lo presenta
Depresión	Cualitativa ordinal	Constituye un trastorno frecuente del estado de ánimo. Con características de anhedonia incapacidad para disfrutar de actividades que antes producían placer)	Siempre Muchas veces Algunas veces

		minusvalía (baja autoestima, desaliento, tristeza, desdicha, dificultad de la memoria, etc.	Nunca
Nerviosismo	Cualitativa ordinal	Se aplica a la persona que se excita y pierde la tranquilidad fácilmente.	Siempre Muchas veces Algunas veces Nunca
Feliz	Cualitativa ordinal	La felicidad es un estado de ánimo caracterizado por dotar a la personalidad de quien la posee de un enfoque del medio positivo y un estado de paz interior. Es definida como una condición interna de satisfacción y alegría.	Sentirse  No sentirse
<b>Estado Social</b>			
Estado laboral	Cualitativa ordinal	O derecho del trabajo, en nuestra cultura la vejez se asocia con un papel pasivo, no se le reconoce su utilidad, produce una sensación de soledad y con frecuencia les toca dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar la muerte debido a esta situación marginal.	Activo Pensionado Jubilado Desempleado
Recibe ayuda económica	Cualitativa ordinal	Como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida.	Familia Programa institucional Amigo o extraño
Vive en pareja	Cualitativa ordinal	Dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúan con el entorno social.	Si  No
Visita	Cualitativa ordinal	Ir a ver a alguien en su casa por cortesía, atención, amistad o cualquier otro motivo	Familia Amigos Hijos
Comunicación	Cualitativa ordinal	Relación de intercambio por medio de la cual dos o más personas comparten su percepción de la realidad con la finalidad	Verbal Corporal

Religión	Cualitativa ordinal	Conjunto de creencias espirituales y adoración a una divinidad que une a un grupo de personas que decide adoptar esa preferencia.	Católica Testigo de Jehová Evangelista
<b>Sexual</b>			
Relación sexual	Cualitativa ordinal	El sexo entendido como relación sexual, se define como un conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos o más personas de igual o distinto sexo, en las que aparecen componentes de excitación, deseo sexual y placer. Estos placeres se encuentran tanto en la mujer como en el hombre.	Con coito Sin coito Caricias, Besos, abrazos
Coito	Cualitativa ordinal	Cópula. Relación sexual con penetración del pene en alguna de las cavidades del cuerpo, por lo tanto puede haber <b>coito</b> vaginal, oral, anal y <b>coito</b> intrafemoral	Si  No
Disfunción eréctil	Cualitativa ordinal	Es la incapacidad del hombre para lograr y mantener la erección con fuerza suficiente como para que le permita ejecutar el coito.  "la incapacidad de un hombre para obtener una erección peneana como parte de un completo proceso multifacético de la función sexual masculina",	Orgánica: malformación congénita.  Funcional:(alcohol, medicamentos, prob. circulatorios o nerviosos)  Psicógena : representa el 85%
Excitación Sexual	Cualitativa ordinal	Se conoce como la acción de provocar cambios mentales y físicos en el cuerpo que preparan y facilitan a la persona para que se produzca la relación sexual.	Rápida  Lenta  Nada
Orgasmo	Cualitativa ordinal	El orgasmo es una reacción compleja que implica reflejos físicos y emociones de gran alcance. Dura desde algunos segundos a un minuto o más y es seguido a menudo por una sensación de la relajación física y emocional.	Tiene el conocimiento  No tiene el conocimiento
Lubricación vaginal	Cualitativa ordinal	Emisión de flujo vaginal que aumenta al comienzo y final de la menstruación y con la excitación sexual, facilitando el coito. La lubricación es una de las fases de la respuesta sexual.	Tiene lubricación  No tiene Lubricación
Dispareunia	Cualitativa ordinal	O coito doloroso se entiende la aparición de dolor durante el coito, bien al principio, bien a lo largo del desarrollo del coito o al final del mismo.	Siempre Muchas veces Algunas veces Nunca

#### 4.8 Consideraciones Éticas:

- ❖ De acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio es de tipo 1 Investigación sin riesgo.

- ❖ En base a la DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICAL MUNDIAL:

Dice: Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

Se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

## 4.9 Análisis de la información

Epi Info es una serie de programas para Microsoft Windows de uso por los profesionales de salud pública para la investigación de brotes epidémicos, manejo de bases de datos de vigilancia de la salud pública y otras tareas y, en general, aplicaciones estadísticas y de base de datos. El más usado a nivel institucional IMSS.

### METODOLOGIA

Primeramente se convirtieron la base de datos al lenguaje de EPIINFO ya con las variables establecidas y derivado del cuestionario, se procedió a realizar el análisis de la base de datos con el programa "Analysis". El análisis es el programa de Epi Info utilizarse para analizar los datos. Estos datos pueden haber sido calculados con el programa Epi Info o que pueden haber sido en otro tipo de base de datos. El análisis puede leer muchos formatos de datos comunes, como DBase, FoxPro, Excel y otros. Análisis ofrece herramientas sencillas e intuitivas para fabricar la mayoría de las estadísticas de utilidad para los epidemiólogos y otros profesionales de la salud pública.

### Frecuencias

FREQ produce una tabulación de la tabla activa, mostrando cuántos registros tienen cada valor de la variable. Se incluyen los límites de confianza de cada proporción.

### Sintaxis

FREQ <variable>

La <variable> representa la variable de la que conocer los datos.

### Comentarios

Se pueden incluir o excluir registros con las declaraciones SELECT. Los registros marcados como borrados en Enter se manejarán según establecido en SET PROCESS. Si se da más de una variable, FREQ hará una tabla de cada una de ellas.

FREQ \* hará una tabla para cada variable de la vista actual. Se usa a menudo para empezar el análisis de una serie de datos nueva. Para hacer frecuencias de todas las variables excepto unas, use

FREQ \* EXCEPT Variable(s) seguido de los nombres de variables a excluir.

## TABLES

Esta orden hace una tabla cruzada de las variables especificadas. Los valores de la primera variable aparecerán en el margen izquierdo de la tabla, y los de la segunda variable estarán arriba de la tabla. Normalmente las celdillas contienen el número de registros que contienen los valores de las etiquetas de las variables correspondientes. Si se da el parámetro WEIGHTVAR, las celdillas representan la suma de valores de esa variable, exactamente como en SUMTABLES de Epi Info para DOS. TABLES ENFERMEDAD CONDADO WEIGHTVAR=CASOS da los mismos resultados que SUMTABLES CASOS ENFERMEDAD CONDADO en Epi Info para DOS.

<Exposición> representa la variable de la base de datos considerada como factor de riesgo (o \* para todas las variables)

<Efecto> representa la variable de la base de datos considerada como la enfermedad consecuente (o \* para todas las variables).

<Variable> representa la variable de la base de datos.

<Tabla> representa un nombre de archivo válido para enviar los resultados.

<Número> representa un número de 0 a 99 representando el número de columnas a mostrar antes de dividir una tabla (por defecto=6). Si es cero, se mostrarán todas las columnas en una sola tabla, sin dividirla.

Si se escribe " en lugar de un nombre de variable, se sustituye " por cada nombre de variable de la base de datos cada vez. Así, si le quisiera analizar cada variable por el estado de enfermedad, la orden:

TABLES \* ENFERMEDAD

Producirá tables de SEXO por ENFERMEDAD, EDAD por ENFERMEDAD, etc.

## 5. Resultados

### 5.1 Se identifican datos demográficos de los adultos mayores

En este grupo de estudio se encontraron 181 adultos mayores, de los cuales 92 fueron hombres y 89 mujeres. Por grupos de edad de 60-64 años=48, y de 70-74 años=47 son los grupos que predominaron. Del total de adultos mayores 32 hombres ingiere bebidas alcohólicas y 60 no; y 12 mujeres ingieren bebidas alcohólicas y 77 no. Tabla 1 Ingieren bebidas alcohólicas el 24.3% (44) hombres y mujeres, y fuman 13.8% (25) hombres y mujeres. En cuanto a la escolaridad predomino el analfabetismo 30.5%(55) y la primaria incompleta 40.3%(73), la mayoría solo sabe escribir su nombre. Tabla 2 Estado Civil predominaron los casados 122 (67%) son familias nucleares; del total 52 (28.7%) adultos mayores no tienen pareja. Por su religión: 163 son católicos, predomino en relación a las demás religiones. Por su estado laboral el 36.46% (66) son activos y el 33.1% (60) son pensionados y jubilados. El 27% (49) no perciben ningún salario por su inactividad y/o desempleo. Tabla 1,2

### Datos Sociodemográficos

Tabla1

Edad	Sexo		Alcohol		Tabaco		Estado Civil					
	M	H	si	no	si	no	Sol.	Casa	Viu.	Div.	Uni Lib	Sep
60-64	28	20	9	39	4	44	1	33	10	2	1	2
65-69	25	19	9	36	5	38	3	32	8	1	1	1
70-74	21	26	13	33	7	40	1	30	11	1	0	2
75-79	12	20	13	19	7	25	0	24	6	0	0	2
80-84	1	6	0	7	2	6	3	2	1	0	0	0
85-mas	2	1	0	3	0	3	0	1	2	0	0	0
Total	89	92	49	137	25	156	8	122	38	4	2	7

Tabla 2

Escolaridad	Analfabeta	Prim. Incom	Prim Comp	Sec Incom	Sec Comp	Bachiller
Mujeres	36	31	15	2	4	2
Hombres	19	42	21	3	3	4



Total	55	73	36	5	7	6
-------	----	----	----	---	---	---

Datos Sociodemográficos

Tabla 3

Edad	Vive con pareja		Estado Laboral					Religión			
	si	no	Act.	Jub.	Pen.	Desem	Inac	Cat.	Cris	Baut	Otras
60-64	33	14	26	3	8	4	5	46	0	0	2
65-69	29	13	16	2	12	10	2	36	5	1	0
70-74	30	16	14	2	18	6	7	43	0	1	1
75-79	25	7	9	1	9	4	8	29	1	5	1
80-84	4	3	0	0	3	2	1	6	0	0	0
85-mas	1	2	1	0	2	0	0	3	0	0	1
Total	122	55	66	8	52	26	23	163	6	7	5

5.2 Se evaluaron componentes que integran la calidad de vida

5.2.1 Componentes del estado físico:

Se mencionan los siguientes resultados: Los que padecen de alguna enfermedad crónica como Diabetes Mellitus son 51(28%), Artritis son 33 (18%), Diabetes mas Hipertensión Arterial 3(1.6%) e Hipertensión Arterial 50(27%) son las que más destacan. De los pacientes que están controlados con medicamentos son 155(86.1%) de los cuales 25(16.1%) adultos mayores con Glibenclamida, 16(10.3%) con Metformina, 11(7.09%) con insulina, 32(20.6%) con Captopril, y 71(45.8%) con Losartan; el resto toma algún analgésico. La mayoría consideran su salud como regular 112 (61.8%) y buena 51(28.1%). Tabla 4. Los que han presentado dolor muscular o articular en alguna parte de su cuerpo y que los limita a realizar una acción (arrodillarse, sentarse, levantarse, caminar rápido, agacharse) 93 adultos mayores presentaron siempre dolor, para levantarse de una silla con alguna dificultad 28.17% y con gran dificultad 15%; para agacharse imposible 3.9%, muy poco 11.6% y mediana facilidad 28.7%; y para arrodillarse mediana facilidad 38%,

muy poco 16.6% e imposible 20.4%.. Los que han presentado cansancio contestaron que muchas veces 127(70.1%), y nunca 15 (8.3%) adultos mayores. Tabla 5

Tabla 4 Componentes Físicos que afectan al adulto mayor de la UMF 27 de Ocotlán, Oaxaca

Enfermedad crónica	Adultos Mayores
Artritis	32
Diabetes	51
DM-HAS	3
Hipertensión Arterial	50
Obesidad	5
IAM	1
Dolor de espalda	5
Otras	34
Total	181

Medicamentos	Adultos Mayores
Captopril	32
Metformina	30
Losartan	11
Insulina	10
AINES	32
Glibenclamida	38
Clortalidona	4
Nifedipino	7
Otros	7
Total	181

Como consideran su salud	Adultos Mayores
Excelente	6 (3.31%)
Buena	51(28.1%)
Regular	109(60.2%)
Mala	15(8.28%)
Total	181(100%)

Tabla 5 Adultos mayores y componentes físicos de la UMF no. 27 de Ocotlán, Oaxaca

Cansancio	Adultos Mayores
Siempre	13
Michas Veces	127
Algunas veces	26
Nunca	15
Total	181

Han presentado dolor	Adultos Mayores
Mucho	8
Bastante	44
Regular	87
Nada	42
Total	181

Caminar 100 m	Adultos Mayores
Rápido sin pararse	88
Lento sin parar	61
Lento parándose	23
Solo si le ayudan	7
Imposible	2
Total	181

## 5.2.2 Componentes del estado emocional

Durante el estudio los adultos mayores hombres y mujeres refirieron que se han sentido tan bajo de moral que nada podía animarles (deprimidos) 7(3.8%) dijeron que siempre, 24(13.2%) muchas veces, 91(50.2%) algunas veces y 58(32%) nunca se sintieron deprimidos. También se les pregunto si se han sentido desanimados o tristes, 20(11%) contestaron que siempre, 86(47.5%) muchas veces, 37(20.4%) algunas veces y 36(19.8%) dijeron que nunca. Se han sentido nerviosos 19(10.4%) contestaron que siempre; 88(48.6%) muchas veces; 30(16.60%) algunas veces; y 43(23.8%) nunca. Y feliz 27(14.9%) dijeron que siempre; 69(38%) casi siempre; 78(43.09%) algunas veces y 6 (3.3%) nunca se han sentido feliz. Se han visto hombres agotados que andan todavía cien kilómetros más por haber encontrado un compañero o compañera". Es por ello que consideramos que incluso en la vejez, para vivir bien, es necesario el amor, una cierta llama pasional. El anciano puede aceptar varias limitaciones y mantener algunas inversiones para disponer de energía y orientarla en ciertas direcciones. Pero el autocuidado exclusivo o excesivo puede resultar mortífero. Cuidarse suprimiendo todo lo agradable (sexualidad, comida, bebida) tal vez baje el colesterol y los triglicéridos, pero también baja el entusiasmo por la vida. Tabla 6.

Tabla 6 Componentes emocionales de los adultos mayores de la UMF no. 27 Ocotlán, Oaxaca

	Nervioso	Triste	Depresión	Feliz
Siempre	19	21	7	27
Muchas Veces	88	87	25	69
Algunas veces	31	37	91	78
Nunca	43	36	58	7
Total	181	181	181	181

### 5.2.3 Componentes del estado social

El poder trasladarse de un lugar a otro es fundamental ya que hace libre al ser humano, el depender de alguien o de algo, es triste y doloroso para muchos adultos mayores. El 48.6% pueden caminar sin parar (descansar); 33.7% lentamente sin parar; 12.7% lentamente parándose y 3.3% solo si le ayuda. Por lo tanto salen a la calle todos los días algunos con ayuda y sin ayuda 58%; 3-5 días a la semana 32.5%; y de 1-2 días 8.2%. Por su ocupación: obreros =37, campesino=46, hogar=58, empleados 20, comerciantes= 11 y desempleados= 9, a la mayoría lo apoya algún familiar solo realizar parte de la jornada laboral. Adultos mayores que reciben ayuda económica por la Familia 16, por un Programa Institucional 66, por extraños 4, y 93 adultos mayores no reciben ayuda viven de lo que obtienen por su trabajo o pensión; solo 2 reciben ayuda de la familia y programa institucional. El 30.90% no vive en pareja, y el 69.10% vive en pareja, forman familias nucleares que corresponden 125 adultos mayores de los cuales son 54 mujeres y 71 hombres. Por su estado laboral 65 son activos, Jubilados 8, Pensionados; Desempleados 26 e Inactivos 30. Solo el 28.7% (52) hablan con alguien sobre sexo, 14 hablan con un amigo, 15 con un integrante de la familia, 3 (1.65%) con su pareja y 12 con el médico que corresponde al 6.62%. El médico en el cumplimiento de sus funciones, también debe escuchar a su paciente, comprender el significado de sus enfermedades para que se sienta en confianza para abordar el tema y copartícipe de su atención. Tienen relaciones sexuales 27 (14.9%) mujeres y 57(31.4%) hombres, la mayoría de mujeres no tienen relaciones por falta de pareja y una minina parte por no tener deseo. Tabla 7, 8,9 y 10

Tabla 7 Con quién hablan sobre sexo los adultos mayores. Ocotlán, Oaxaca.

Hablan sobre sexo (comunicación)		
Personas con quién hablan	Total	%
Amigo	11	6.07
Compadre	15	8.28
Esposa (o)	3	1.65
Familiar	1	0.55
Hijo	10	5.52
Medico	12	6.62
Con nadie	120	66.29
No respondieron	9	4.97
Total	181	100.00

Tabla 8

Sexo	Estado Laboral de los adultos mayores por sexo					Total
	Activos	Jubilados	Pensionados	Desempleados	Inactivos	
Mujeres	41(22.7%)	2(1.10%)	16(8.83%)	13(7.18%)	17(9.39)	89
Hombres	24(13.2%)	6(3.31%)	36(19.8%)	13(7.18%)	13(17.18%)	92
Total	65(35.9%)	8(4.41%)	52(28.7%)	26(14.3%)	30(16.5%)	181

Tabla 9

Sexo		Tienen relaciones sexuales por edad						Total
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-más	
Mujeres	Si	11	7	7	2	0	0	27
	no	17	18	14	10	1	2	62
Hombres	Si	14	13	16	12	2	0	57
	no	6	6	11	7	4	1	35

Tabla 10

Adultos mayores que reciben alguna ayuda económica		
Ayuda Económica	Frecuencia	Porcentaje
Recibe ayuda económica familiar	19	10.49%
Recibe ayuda económica de algún programa institucional	65	35.90%
Solicita ayuda económica solicitándola a extraños	5	2.76%
Ninguna	92	50.80%

### 5.3 Componentes sexuales

Este estudio determina varios aspectos relevantes de la sexualidad del adulto mayor. Se encontró en una población de 181 pacientes adultos mayores hombres y mujeres, el 46% tienen vida sexual activa. De las 89 mujeres en total, el 32% y el 67.8% de los hombres mantienen actividad sexual. Más del 50% señalan tener deseo sexual y mantener relaciones sexuales con una frecuencia media de 2-3 veces al mes. Tabla 11, 12

Tabla 11 Población mayor de 60 años según relaciones sexuales y sexo, en Ocotlán Oaxaca

Tiene Relaciones Sexuales	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Si	57	27	84
No	35	62	97
Total	92	89	181

Tabla 12 Número de relaciones sexuales al mes en el adulto mayor de 60 años y edad. Ocotlán, Oaxaca.

Edad	Con que frecuencia tienen relaciones sexuales al mes					Total
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-12	
60-64	10	8	3	3	1	25
65-69	11	5	1	1	0	18
70-74	10	8	0	1	1	20
75-79	13	1	2	2	0	18
80-84	1	1	1	0	0	3
85- +	0	0	0	0	0	0
	45	23	7	7	2	84

Mujeres que presentaron problemas de lubricación vaginal fue un 75.6% y dispareunia en un 91.6 %; en los hombres presentaron dificultad en la erección en el 83.6% y el 50.6% presento angustia antes de la erección. Tabla 13

Tabla 13 Mujeres con problemas de lubricación y dispareunia en Ocotlán, Oaxaca.

Frecuencia	Lubricación Vaginal	Dispareunia
Siempre	8	9
Muchas veces	6	4
Algunas Veces	14	20
Nunca	9	3
Total	37	36

En la población de adultos mayores se encontraron los siguientes resultados la excitación rápida se presentó en el 32%, la excitación lenta en el 55.9% y nada en el 11.9%. Predominando la excitación lenta en los grupo de edad.

Tabla 14

Tabla 14. Como es la excitación del adulto mayor en relación a grupo de edad en Ocotlán, Oaxaca.

Edad en años	Cuando tiene relaciones sexuales su excitación es:			Total
	Rápida	Lenta	Nada	
60-64	8	11	3	22
65-69	6	12	4	22
70-74	6	11	1	18
75-79	6	12	2	20
80-84	1	0	0	1
85- +	0	1	0	1
	27	47	10	84

El 75% (160) de los adultos mayores no sabe que es un orgasmo, el 13.2% (24) sabe que es un orgasmo y 11.6% (21) no respondió. Se le pregunto que si han experimentado un orgasmo, respondieron 36, solo 25 (13.8%) adultos mayores dijeron que si, y el resto 145 (80.1%) no respondieron. Tabla 15

Tabla 15

Edad	Tiene conocimiento de que es un orgasmo.		Total
	si	no	
60-64	9	34	43
65-69	6	31	37
70-74	5	36	41
75-79	3	27	30
80-84	1	5	6
85- +	0	3	3
No respondieron			21
	24	136	181

El hombre se ha enfrentado en forma súbita una prolongación de su vida con escasos conocimientos de su capacidad fisiológica y un patrón cultural donde se integran rígidos conceptos sobre sexo, la relación sexual está orientada al coito, lo que limita el saber que el contacto corporal es primordial el sentirse amado, el placer de ser amado. En esta población de adultos mayores se les pregunto cómo fue su última relación sexual, respondiendo de esta manera: coito con eyaculación 54.7%(99), solo caricias 2.8% (5), y coito sin eyaculación 2.8% (5); el 39.8% (72) no contesto. Refleja lo antes mencionado privando la oportunidad de sentirse amado y de mejorar su calidad de vida.



#### 5.4 Calidad de Vida

Evaluando la calidad de vida de los adultos mayores nos reporto los siguientes datos, predomino la calidad de vida regular 49.1%, siguiendo buena calidad de vida 33.8%, mala calidad de vida 14.3% y excelente calidad de vida solo el 2.7%. La calidad de vida regular y buena fue preponderante en los grupos de 60 a 64 años y 65 a 69 años, no quedando atrás el grupo de 70ª 74 años.

Tabla 16

Tabla 16. Grupos de adultos mayores por edad y calidad de vida. Ocotlán, Oaxaca

Edad en años	Calidad de vida				Total
	Mala	Regular	Buena	Excelente	
60-64	5	32	15	0	52
65-69	7	23	20	0	50
70-74	4	16	18	4	42
75-79	9	12	6	0	27
80-84	1	5	1	0	7
85- +	0	1	1	1	3
	26	89	61	5	181

Otro factor trascendente es la calidad vida mediante la relación sexual, observándose que en los adultos mayores activos predomina la calidad de vida regular en un 48.8%. Tabla 17

Tabla 17. Calidad de vida y relación sexual. Ocotlán, Oaxaca.

Calidad de vida	Tiene relaciones sexuales		Total
	Si	No	
Mala	11	15	26
Regular	41	48	89
Buena	29	32	61
Excelente	3	2	5
	84	97	181

5.5 Se identifico la relación de los componentes de calidad de vida y sexualidad del adulto mayor.

Surgieron los siguientes resultados, se encontró la disfunción eréctil en hombres que ingirieron alcohol el 15.2% la presentaron algunas veces y muchas veces el 6.5%. Los adultos mayores que fuman presentaron disfunción eréctil algunas veces el 7.6% y muchas veces el 3.2%, observándose que en este grupo no impacto el tabaco en la disfunción eréctil.

Tabla 18

Tabla 18

Hombres						
Disfunción Eréctil	Alcohol			Tabaco		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Siempre	4	5	9	1	8	9
Muchas veces	6	7	13	3	10	13
Algunas veces	14	23	37	7	20	27
Nunca	12	12	24	7	17	24
Total	36	47	83	18	55	73

Encontramos que del total de pacientes padecen enfermedad crónica el 47.6 % tiene relaciones sexuales y el 52.3% no tienen. Lo cual indica que el adulto mayor tiene deseo y que necesita sentirse amado o apapachado, y que independientemente de su enfermedad no le impide el disfrutar una relación sexual. Tabla 19

Tabla 19

Adultos mayores que tienen relaciones sexuales y padecen enfermedad crónica			
	Relaciones sexuales		
Enfermedad Crónica	No	Si	TOTAL
Artritis	22	18	40
DM-HAS	1	2	3
DM			51
Dolor espalda baja	5	6	11
Hipertensión Arterial	22	28	50
Infarto Agudo Miocardio	0	1	1
Obesidad	5	0	5
Otras	13	7	20
Total	68	62	181

Destacaron las pacientes que padecen diabetes mellitus y artritis son las que más presentaron estos problemas. Es importante resaltar que muchas pacientes dudaron en cuanto a que su lubricación era la adecuada o no. Tabla 20

Tabla 20 Mujeres que presentan dispareunia y problemas de lubricación que padecen enfermedad crónica Ocotlán, Oaxaca

	Mujeres con Enfermedad Crónica						
Dispareunia	Artritis	DM	DM/ HAS	IAM	Obesidad	Dolor de Espalda	Otras
Siempre	0	1	0	0	0	0	0
Muchas veces	3	1	0	0	1	0	0
Algunas veces	3	2	0	0	0	1	10
Nunca	5	3	1	0	0	1	20
Total	11	7	1	0	1	2	32
Problemas de Lubricación							
Siempre	3	3	0	0	1	0	12
Muchas veces	1	1	0	0	0	1	5
Algunas veces	1	1	1	0	1	1	6
Nunca	5	2	0	0	0	1	2
Total	11	7	1	0	2	3	25

Encontramos que los hombres con enfermedad crónica degenerativa presentaron alguna vez problemas de erección en el 34.6% y muchas veces el 16.6%, predominando en pacientes con hipertensión arterial, diabetes y artritis. Y las causas por la que no tienen relaciones sexual el 64.9% en mujeres es por no contar con pareja o estar está enferma, entre otras causas y en un 35% en hombres, la causa más frecuente por la que no tienen relaciones sexuales es por no contar con pareja sexual en el 25.7%. También se encontró que presentaron angustia durante la erección 5 siempre; 10 muchas veces; 25 algunas veces y 39 nunca, refieren se sintieron bien. Tabla 21,22

Tabla 21. Población con enfermedad crónica degenerativa y problemas de erección en Ocotlán, Oaxaca

Enfermedad Crónica	Problemas de erección				Sin enfermedad	Total
	Siempre	Muchas Veces	Algunas veces	Nunca		
Artritis	0	4	8	9		21
Diabetes	4	5	8	8		25
DM-HAS	0	1	0	4		5
Hipertensión Arterial	4	3	11	9	14	41
	8	13	27	30	14	92

Tabla 22 Hombres con dificultades de erección y angustia para la erección en Ocotlán, Oaxaca.

Frecuencia	Dificultad en la erección	Angustia para la erección
Siempre	9	5
Muchas veces	13	10
Algunas Veces	24	25
Nunca	9	39
Total	55	79

Se observo que en los pacientes que padecen de alguna enfermedad crónica degenerativa como diabetes, hipertensión y cardiopatía, tuvieron una calidad de vida sexual regular, otras enfermedades su calidad de vida sexual fue buena. Estos pacientes con calidad de vida regular son controlados con medicamentos que afectan la respuesta sexual en el adulto mayor, la erección en el hombre y el apetito sexual en la mujer. Tabla 23

Tabla 23 Tratamiento farmacológico por enfermedad crónico degenerativa y calidad de vida.

Ingesta de medicamentos que determinan la calidad de vida sexual								
Calidad de vida	Glibencia	Metfor	Capt	Losar	Insul	Diclof	Napro	Indom
Mala	4	2	3	1	1	2	0	3
Regular	14	9	22	4	4	3	6	7
Buena	6	4	7	2	6	7	1	1
Excelente	1	1	0	0	0	0	0	0
Total	25	16	32	71	11	12	7	11

En este estudio arrojaron los siguientes resultados: los adultos mayores que presentan dolor en alguna parte de su cuerpo 51 tuvieron relaciones sexuales, el dolor no fue limitante y los que no presentaban dolor 30 si tuvieron relaciones sexuales. El alcohol y el tabaco no fueron relevantes en la excitación del adulto mayor. Tablas 24, 25, 26

Tabla 24 Adultos mayores que presentaron dolor y relaciones sexuales

Relaciones Sexuales	NO	SI	NO contestaron	TOTAL
NO	77	17	3	97
SI	30	51	3	84
TOTAL	107	68	6	181

Tabla 25 Adultos que ingieren Alcohol y excitación

Excitación	NO	SI	TOTAL
Normal	94	19	113
Es lenta	21	18	39
Es rápida	16	5	21
Nada	7	1	8
Total	138	43	181

Tabla 26 Adultos mayores que Fuman y excitación

Excitación	NO	SI	TOTAL
Normal	101	12	113
Es lenta	30	9	39
Es rápida	18	3	21
Nada	8	0	8

Total	157	24	181
-------	-----	----	-----

## Discusión

La sexualidad es un elemento fundamental en la buena calidad de vida de los ancianos por lo que se hace necesario el conocimiento de algunos factores que permitan poder brindarles una atención óptima e integral.

La edad es un elemento esencial de la estructura social. En la vejez convergen circunstancias sociales y demográficas que crean un contexto determinado con importantes repercusiones para la vida sexual del anciano. De ellos destacan la familia en esta población de adultos mayores en estudio, se encontró que el 67% vive en familia, formando familiares nucleares, muchas de ellas extensas y otras en fase de nido vacío. Solo el 30.3% vive solo. El estado civil es un determinante muy importante. El estar viudo/a, soltero/a o separado/a son situaciones que impiden a muchos ancianos una relación sexual por falta de pareja. Se considera que la mayor parte de la población anciana vive dentro de una familia y ésta es su principal fuente de apoyo psicosocial. Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del anciano y el proceso de la enfermedad. Por su estado laboral el 31.6% son jubilados y pensionados y el 27% son inactivos. Es probable que vivan esta etapa como una situación de pérdida y plusvalía, como cierto grado de marginación social. Las creencias religiosas de los ancianos influyen en forma negativa en el mantenimiento de la actividad sexual. Aún se tiene el concepto que la conducta sexual en la vejez como inmoral. Impide el desarrollo de la vida sexual en los adultos mayores, afectando en mayor grado a las mujeres. Cualquier signo de impotencia en el anciano provoca gran preocupación, con frecuencia esta alteración se asocia con el envejecimiento, pero también son importantes los hábitos como el haber o seguir ingiriendo bebidas alcohólicas o el tabaco, factores que aunados a otros provocan disfunción sexual. En este grupo se demostró su consumo en hombres y mujeres. En lo que concierne a la escolaridad predominó el analfabetismo y la primaria incompleta. Los acontecimientos propios de cada generación moldean la forma en que el individuo siente y actúa. Muchos de los ancianos crecieron en un trabajo que

estaba en función de un subsistema más que de formación profesional y cultural donde poder auto realizarse; era el de subsistir y fueron educados bajo represión sexual.

El estado de físico o de salud es una variable que condiciona el interés y la actividad sexual de los ancianos. Algunos desordenes o enfermedades cuya incidencia y prevalencia aumenta con la edad pueden estar afectando directa o indirectamente llevar a cabo una vida sexual satisfactoria. Las enfermedades crónicas degenerativas que más presenta esta población en estudio fueron la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis, estas son frecuentes en la vejez provocando disfunciones sexuales alteración en la erección y disminución de la libido. Cualquier enfermedad que produzca debilitamiento, fiebre o dolor va a producir alteraciones inespecíficas en la función sexual. La artrosis o la artritis reumatoide pueden afectar la actividad sexual porque provocan dificultades en la adopción de posturas o movimientos. Se encontró que el 48.6% de los pacientes presentaron dolor moderado en alguna parte de su cuerpo y dificultad para realizar sus actividades habituales o de su trabajo. JAMA nos menciona que el dolor asociado a una enfermedad y la limitación en el funcionamiento requieren de la ayuda de los demás en la actividad habitual de la vida diaria reducen la calidad de vida del individuo. <sup>6</sup> Esta dependencia ocasiona angustia y depresión en el anciano, sintiéndose inútil en muchos aspectos. También se encontró que el 85.6% toman medicamentos, el proceso de envejecimiento influye en la distribución de los fármacos en el organismo, en su metabolismo y excreción. Generalmente los ancianos están polimedicados, hacen que los medicamentos sean los responsables del 25% de las disfunciones eréctiles a esta edad. Así como el alcohol y el tabaco pueden ser causa junto a otros factores, de disfunciones sexuales.

En cuanto a lo emocional respondieron que el 48.6% se han sentido nerviosos muchas veces, el 47.5% se han sentido tristes muchas veces, 13.2% se han sentido deprimidos muchas veces y el 50.2% alguna vez se han sentido deprimidos; y el 38.1 se ha sentido feliz casi siempre, el 43.09% algunas veces. Otro aspecto muy importante son los factores psicológicos

pueden parecer problemas de autoestima, de ansiedad y sobre todo de depresión asociada a la propia enfermedad. En este estudio se encontró un alto porcentaje de depresión, un 61.3% con predominio en la mujer. En relación a un estudio que se llevó a cabo en Cuba en una muestra aleatoria de 622 personas mayores de 60 años, se encontró depresión en un 31.7% también con predominio en la mujer. La causa más frecuente de disfunción sexual de origen psicógeno es la depresión, es responsable del 10% de los casos de impotencia en el anciano. 28 Muchos de los pacientes manifestaron que en estado depresivo rechazan las relaciones sexuales por falta de motivación, o de una pareja. En esta etapa de la vida la actividad sexual depende gran medida de la existencia de un compañero. La vejez es una etapa más de la vida y no un declive general de capacidades. Es muy importante que el individuo se adapte a estos cambios si quiere disfrutar su sexualidad y su vida en general.

En lo social también se observó que 122 (67.4%) adultos mayores viven en pareja y 55 (30.3%) no tienen pareja. Resultados interesantes se encuentran entre las personas de edad avanzada sexualmente activa, y que cuentan con una pareja tienen más frecuencia de relaciones sexuales de 2-3 veces al mes o más, lo cual no es diferente de 18-59 años de edad (Lindau 2007). En relación a este estudio se encontró que la frecuencia de relaciones sexuales es la misma, de 2-3 veces por mes que corresponde al 73% de la población activa, "Por lo tanto si se tiene pareja, la frecuencia de relaciones sexuales no cambia mucho entre los grupos de edad", se trata de salud, no de edad. 32

El papel que desempeña la familia es básico. En numerosas ocasiones la familia obstaculiza la vida íntima y sexual del anciano. Suele ocurrir que los hijos que han sido educados bajo la represión sexual repitan el mismo patrón con sus padres ancianos, problema que se agudiza si estos se quedan viudos y quiere rehacer su vida sentimental. Su estado laboral el 36.46%(66) son activo y el 33.14%(60) son pensionados y jubilados. Enfrentando a la realidad del envejecimiento, es probable que viva la etapa de la jubilación y retiro como una situación de pérdida. Al inicio de la etapa de "luna de miel" donde se disfruta el descanso, pero pronto se enfrenta al duelo de una gran pérdida



donde percibe la reducción de la capacidad económica. En este grupo de adultos mayores se demostró que el 35.90% recibe ayuda económica de programas institucionales, el 10.49% recibe ayuda de la familia, y el 50.80 no recibe ninguna ayuda económica. En la familia, el trabajo de la capacidad económica y si el trabajador está satisfecho, retroalimentara de manera positiva la dinámica familiar. En lo personal, el trabajo hace sentir útil y necesaria a la persona, dando una imagen que alimenta la autoestima; sin embargo todo esto se pierde en la inactividad o sentirse inútil. Se estima que un elemento central que puede coadyuvar a disminuir la dificultad para abordar la sexualidad humana es la comunicación medico paciente. La comunicación efectiva puede ayudar a superar la conducta de abordar los problemas sexuales, solo si el paciente lo pide, se debe abandonar esta actitud de esperar que el paciente lo solicite. En este estudio solo el 6.62% de adultos mayores habla sobre problemas sexuales con su médico, lo cual nos indica que la comunicación esta empobrecida; que la comunicación medico paciente debe ser mejor y completa. <sup>36</sup> Una de las mayores necesidades de paciente es ser entendido y conocido. Una de las mayores cualidades del médico es su conducta efectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por el paciente. Y lo que respecta a las relaciones sociales que tiene el paciente esta se ven afectadas por la dificultad de poder trasladarse de forma independiente de un lugar a otro, esto impide el salir o visitar a sus amigos o familia. Ya que 33.7% camina lentamente, el 12.7% camina lentamente descansando y solo el 48.6% camina rápidamente. Por esta razón el adulto mayor se va aislando de entorno social.

En el presente estudio se encontró que la vida sexual activa en mujeres es del 32% y el 67.8% en los hombres, siendo más bajo en relación a un estudio que se llevó a cabo en Brasil en donde la actividad sexual se da más en el hombre un 92.6% y el 58.3% de mujeres. Esta actitud de la sexualidad puede explicarse por: La existencia del prejuicio que se le ha establecido entre la sexualidad y la reproducción, se considera que solo es normal la actividad sexual durante la edad reproductiva y por lo tanto los ancianos no tienen porque practicarla.<sup>38</sup>

Sobre el comportamiento sexual encontramos que la comunicación, los besos y las caricias son importantes para los hombres y mujeres en un 90 %, pero creen que el coito es lo principal. En un estudio descrito por Kaiser indica que el 63% de los hombres y el 30% de las mujeres entre 80 y 102 años eran sexualmente activos. La actividad sexual más frecuente eran las caricias y tocamiento seguido del coito. Se realizó un estudio en New Jersey sobre los comportamientos y las preferencias sexuales en el adulto mayor de 60 años y más reportando: la mayoría informó que había física y experiencias sexuales en el último año, como tocar/la mano(60.5%), que abarca/abrazos (61.7%) y los besos (57%) a diario al menos una vez al mes. <sup>17,19</sup> La problemática de la expresión sexual en el anciano se agrava no solo por los estereotipos sociales, sino también por la falta de conocimiento.

Es estudio demostró que las enfermedades crónico degenerativas causaron disfunción sexual en las mujeres y hombres de este grupo de adultos mayores. En los adultos que consumen alcohol y/o tabaco se encontró que su excitación es más lenta en relación a los que no consumen. De los adultos que presentaban dolor en alguna parte de su cuerpo, este no fue un limitante para tener relaciones sexuales ya que el 60.7% tiene relaciones sexuales aun manifestando dolor. Se corrobora en este estudio que la depresión es causa de disfunción sexual, en ambos, pero en este estudio predomino en la mujer.

La sexualidad en las personas ancianas además de brindar placer, mejora su autoestima, por lo cual continúa siendo una de las actividades importantes a través de sus vidas.

Un análisis elaborado en el 2002 sobre lo práctica sexual era un importante factor de predicción de una mejor calidad de vida presente y futuro.<sup>34</sup> Se encontró en este estudio que la práctica sexual en este grupo de adultos es del 46.4% de la población, lo cual nos refleja que casi la mitad tiene una calidad de vida mejor que el resto. El deterioro de la relación matrimonial, es uno de los aspectos que se ven más en la consulta como causa de trastornos sexuales en la ancianidad, influyendo la monotonía de la relación sexual y problemas de comunicación.

Calidad de vida hace referencia a la percepción que tiene un individuo de su propio bienestar físico y mental.<sup>6</sup> Este grupo de adultos mayores perciben su salud regular en el 60.2%, buena en el 28.1% y 8.28% mala. Innumerables enfermedades mentales y físicas pueden influir negativamente en la sexualidad en la tercera edad.

Se evaluó la calidad de vida en base a la percepción del estado físico, estado emocional y social. Esta herramienta “Entrevista estructurada” se elaboro con la finalidad de contar con un medio para abordar la sexualidad en el adulto mayor, que facilite al médico familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social la comunicación medico paciente sobre este tema, tiene el objeto de ayudar y orientar al paciente, ya que hasta el momento no existe algún instrumento sobre sexualidad y calidad de vida.

## Conclusiones

La sexualidad es un factor importante que contribuye a la calidad de vida y a la sensación de bienestar.

La creencia de que la edad y el declinar de la actividad sexual están inexorablemente unidos ha hecho que no se prestara atención suficiente a una de las actividades que procura mayor calidad de vida en los ancianos, como es la sexualidad. Sin embargo los estudios médicos demuestran que la mayoría de las personas de edad avanzada son capaces de tener relaciones y de sentir placer en toda la gama de las actividades de este tipo a las que se entregan las personas más jóvenes.

Existen conceptos equivocados en que plantean que la actividad sexual debe desaparecer en la edad avanzada como un apagamiento fisiológico inevitable y por lo tanto, desear o hacer en materia sexual después de los 60 años, no es natural, fisiológico, moral, socialmente bien visto. De ahí que esta idea de muerte sexual se convierte para muchas personas de ambos sexos en un factor de ansiedad cuando llega a la edad madura y ve aproximarse a esta etapa crítica lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual de índole puramente psíquico.

Una revisión de la literatura sugiere que hay una disminución gradual en frecuencia de las conductas sexuales, con disminución del interés sexual y un aumento de la frecuencia de disfunciones sexuales asociado con la edad.

Destacó el factor pareja, es la causa que más provoca abstinencia sexual sobre todo en la mujer. Existe mayor tendencia a la viudez en la mujer y la sociedad no aprueba que una anciana trate de buscar una nueva pareja después de enviudar y por lo tanto estas mujeres renuncian a la sexualidad.

En general los hombres hablan con menos tabúes sobre este tema pues aún después de la viudez o el divorcio, plantean mantener su vida sexual activa, en

cambio la mujer se resiste a buscar una nueva pareja, ya que por ideas estereotipadas, subestiman las posibilidades creando una barrera psicológica fundamentada en factores físicos (como la pérdida de determinadas capacidades, flexibilidad, estética, etc.) y sociales (como los prejuicios).

En los ancianos la función sexual se ve afectada en primer lugar por los cambios fisiológicos y anatómicos que el envejecimiento produce en el organismo sano.

Existen importantes variaciones individuales en la sexualidad durante la vejez, lo que indica que los cambios de la actividad sexual en el anciano son fruto de la intervención de varios factores.

El aumento de la disfunción sexual en el anciano es debido a causas médicas, psicológicas y/o como efecto secundario de la medicación administrada, donde los factores psicológicos juegan un papel muy importante.

La falta de apoyo social, económico y de las redes de asistencia social pueden ser el único factor que desencadene problemas patológicos o de enfermedad y resultar trastorno del ordenen psicosocial.

En la vejez, el interés o deseo sexual se mantiene mejor que la actividad sexual en los hombres, mientras que entre las mujeres existe un declive en ambos aspectos de la sexualidad. La disfunción sexual femenina es muy prevalente, sin embargo muchas mujeres no lo explicitan como un problema o bien no se atreven a consultarlo.

Considero que la sexualidad y la afectividad pueden mantenerse durante la vejez y que la satisfacción sexual no tiene por qué disminuir. De hecho diferentes informes y los propios adultos mayores informan que la mayoría de ellos son capaces de tener relaciones y de sentir placer. Incluso se informa de una mejoría en sus vivencias sexuales. Todo ello en razón de que la calidad de vida sexual en la vejez, depende más de factores emocionales y sociales que de la edad, siempre que no existan enfermedades incapacitantes.

El envejecimiento es un proceso fisiológico, no es una enfermedad. Cuanto más se cuide un individuo en su juventud, cuanto menos ingiera bebidas

alcohólicas, fume o consuma medicamentos, cuanto menos kilo tenga y más ejercicio haya efectuado, tendrá más posibilidad de arribar a la tercera edad sin inconvenientes funcionales en el área sexual.

La valoración geriátrica debe ser holística e integral, por lo que la intervención del médico familiar debe ser efectiva, incluyendo a la familia del anciano. Ya que la familia es la institución social basada en la sexualidad y en las tendencias maternas y paternas, cuya forma varía según su cultura.

La necesidad de implantar grupos interdisciplinarios que contribuyan a solucionar problemas como los detectados, para contribuir a mejorar la calidad de vida.

Difundir las habilidades de afrontamiento en el adulto mayor y su familia, es importante tanto en la prevención de la enfermedad como en la adaptación a ella, ya que la enfermedad crónica y la incapacidad física constituyen una importante fuente de estrés y malestar físico y emocional, que va aunado a la pérdida en la calidad de vida de las personas.

En la última década se ha producido un cambio importante con respecto a la sexualidad lo que ha permitido que aumente considerablemente el número de adultos mayores que buscan ayuda para el tratamiento de las disfunciones eréctiles. A pesar de esto todavía para gran parte de la población y para muchos profesionistas de la salud, la sexualidad en el anciano sigue siendo un tema tabú al que se le resta importancia.

Es necesario que los médicos familiares tengan presente la posible existencia de dichas alteraciones e interroguen a los pacientes al respecto porque frecuentemente son cuestiones que pasan inadvertidas y sin embargo, la sexualidad es un parte importante de la existencia humana, en cualquier parte de la vida.

En base a lo observado en éste estudio, los adultos mayores carecen de información relacionada con el ejercicio de la actividad sexual en esta etapa de la vida por lo que es trascendente proporcionar mayor información a los adultos

mayores sobre sexo, y de ésta manera mejorar la calidad de vida sexual en base a un abordaje claro, directo y delicado.

La comunicación no sólo debe servir para obtener información que el médico necesita en cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención. El médico familiar debe identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Todo lo planeado anteriormente, indica que en la tercera edad no constituye una utopía hablar sobre la sexualidad, si no lo contrario una verdad incuestionable. Por lo tanto el médico familiar como profesional de la salud, puede contribuir de forma eficaz a la eliminación de tabúes y prejuicios sobre la sexualidad y la vejez, con el objeto mejorar la calidad de vida y sexualidad del adulto mayor.

## ANEXOS

Cuestionario Calidad de Vida Sexual



## Referencias Bibliográficas

1. Álvarez VL, Rodríguez CA, Salomón AN. Salud sexual y envejecimiento. Rev Cubana Salud Pública. 2008;34(1):1-8
2. Cutipa GF, Scheider GE. Tipo, calidad y frecuencia de las relaciones sexuales en el adulto mayor. Revista Electrónica Psicológica Científica 2005, [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com).
3. González LI. Sexualidad en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr.2002; 18 (3). 24-25
4. Parmet MS. Calidad de vida. The Journal American Medical Association 2002; 288 (23): 3070
5. Lorenzo VC. La sexualidad en la tercera edad. Psicología en Psicocentro.com 2003.
6. Lozano AR, Frenk MJ, González BM. El peso de la enfermedad en adultos mayores, en México 1994. Salud Pública Mex. 1996; 38 (6): 419-429
7. Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud Ed. Siglo Veintiuno de España Editores S.A. 1994; 151-178
8. Tuesca MR. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla 2005;21:76-86
9. Lagunas BM. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev. Cubana Med Gen Integr 2002; 18 (4): 1-4
10. Alonso VJ, Beatriz Martínez P. et al. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. Rev Mult Gerontol 2004; 14 (3): 150-157
11. Matías CJ, Biotti PJ. Salud oral y calidad de vida en el adulto mayor [www.gerontología.uchile.cl/docs/biotti](http://www.gerontología.uchile.cl/docs/biotti)
12. González SC. Eyaculación precoz en la práctica del médico familiar. Aten Fam 2007; 14 (1): 9-11

13. Vinaccia S, Margarita QJ, Gómez A, Marcela ML. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Rev Perspectivas en Psicología* 2007;3(2):203-211
14. García JL. La sexualidad y la afectividad en la vejez. Madrid Portal Mayores. 2005; <http://www.imsersomayores.csic.es>
15. Peña PB, Terrón TM, Moreno AF, Bazán CM. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE 2009;14(2):53-61
16. Hogan R. Influences of culture on sexuality. *Nurs Clin North Am* 1982; 17 (3): 365–376.
17. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arc Med Fam* 2005; 7 (1): 15-19
18. Roses PM. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas *Rev. Panam Salud Pública*.2005; 17 (5-6): 295-296
19. Mauricio OJ, Arcila RA. Sexualidad y Envejecimiento. *Rev. Asoc. Geront.* 2006;20(2):906-916
20. Meston C. Aging and sexuality In: *Successful Aging*. West J Med 1997; 35: 167-290
21. Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad, Economía y Pobreza en la vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticos. Reunión de expertos sobre población y pobreza en América y el Caribe, Nov. 2006:1-23
22. Rienzo B. The impact of aging on human sexuality. *J Sch Health* 1985; 55 (2): 66–68.
23. Alonso AA. Sexualidad y enfermedades crónicas. *Rev. Int. Androl*.2007; 5 (1): 22-28
24. Jiménez BJ, Rubio AE. La sexualidad en el adulto mayor. *Modelo Holónico de la Sexualidad Humana*, Porrúa, Mex; 1994. pp 182-187
25. Terrie BG, Sherry C. Pomerantz, V. Sexuality in older adults' behaviours and preferences. *age y ageing*. 2005; 34 (5): 475-480

26. García JL. La sexualidad y la afectividad en la vejez. Madrid Portal Mayores. 2005; <http://www.imsersomayores.csic.es>
27. Bartholow KP, Filiberth MR, et al. Los beneficios de la expresión sexual para la salud. World associations for sexual health 2007; 4: 212-261
28. Perez MV, Arcia CN. Comportamiento de la sexualidad en ancianos del policlínico "Ana Betancouert". Rev. Cubana Med. Gen Integr 2008;2(24):1-8
29. Alonso VJ, Beatriz Martínez P. et al. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. Rev. Mult Gerontol 2004; 14 (3): 150-157
30. Sarmiento BG, Pagola LJ. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Sexología y Sociedad. 1999; 5 (3): 29-32.
31. Léniz J. Disfunción Sexual Femenina Art. Med Fam Sept. 2008 [www.medicinafamiliarur.cl/html/articulo\\_anterior.html](http://www.medicinafamiliarur.cl/html/articulo_anterior.html)
32. Ledón LI L, Agromonte MA, García AC, Mendoza TM, Fabrè RB, et al. Experiencias sexuales y corporales en personas con endocrinopatías: resultados en Cuba y Perú. Rev Cubana Endocrino. 2008;19(1):1-10
33. Lozano AR, Frenk MJ, González BM. El peso de la enfermedad en adultos mayores, en México 1994. Salud Pública Mex. 1996; 38 (6): 419-429
34. Reyes AV, Sotomayor S. Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad del D.F Rev. Enfer Inst. Mex Seguro Social 2007; 15 (1): 27-31
35. Roses PM. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas Rev. Panam Salud Pública.2005; 17 (5-6): 295-296
36. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenino. [www.redaduktosmayores.com.ar/calidad de vida](http://www.redaduktosmayores.com.ar/calidad_de_vida).
37. Lindau ST, et al. Un estudio nacional de la sexualidad y la salud entre los adultos mayores en los EE.UU. New England Journal of Med 2007; 357 (8): 762-774
38. Lorenzo VC. La sexualidad en la tercera edad. Psicología en Psicocentro.com 2003 com/egi-bin/articulo\_s.asp.

39. Prejuicios y Actitudes hacia la sexualidad en la vejez. 2008;8(1):1-10
40. Herrera A. Sexualidad en la vejez ¿Mito o realidad? Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68 (2): 150-162
41. Orozco MI. Prejuicios y Actitudes hacia la sexualidad de la vejez. 2006;8(1):1-10  
[www.iztacalaca.unam.mx](http://www.iztacalaca.unam.mx)
42. Reguera N JL, Cervera EL, Pérez RJ. Sexualidad en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18 (5): 336-339
43. Parmet MS. Calidad de vida. The Journal American Medical Association 2002; 288 (23): 3070
44. Ryoji Y, Manabu K. Cuestionario sobre la calidad de vida sexual en las parejas de envejecimiento. Rev. Acta Urológica japónica 2005; 51 (9): 595-598
45. Hernández TI, Fernández OM, Irigoyen CA, et al. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Arch Med.Fam 2006; 8 (2): 137-143
46. Hernández I. Barreras para abordar la sexualidad del paciente. Aten Fam 2007; 14 (4): 104-105.
47. Manson R, Lind D. Estadística para la Administración y Economía, Octava edición. México: Alfaomega; 1998. p.34-35.
48. Martín A MC. Diseño y Validación de Cuestionarios. Matronas Profesión. 2004; 5 (17): 23-29
49. Inventario de salud sexual masculina (SHIM) una revisión de cinco años de la investigación y la experiencia clínica. International Journal of Impotence Research 2005; 17 (4): 317-319
50. Fuentes PH. Propuesta de un cuestionario de Calidad de Vida (QoL) en pacientes mexicanos. Gamo 2005; 4 (2): 34-41
51. Tabuladores Básicos Oaxaca. Tomo-1, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI
52. [cuentameinegi.gob.mx/glosario/r.aspx](http://cuentameinegi.gob.mx/glosario/r.aspx)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN OAXACA  
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 65  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO:

1. Femenino
2. Masculino

ALCOHOLISMO

1. SÍ      2. NO      FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ VECES/SEMANA

TABAQUISMO

1. SÍ      2. NO      N° DE CIGARRILLO/DÍA: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

1. Soltera
2. Casada
3. Viuda
4. Divorciada
5. Unión libre

VIVE ACTUALMENTE EN PAREJA: 1. SÍ    2. NO

CONSIDERA TENER ACTUALMENTE PROBLEMAS ECONÓMICOS: 1. SÍ    2. NO

ESCOLARIDAD:

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Preparatoria incompleta
7. Preparatoria completa
8. Estudios nivel técnico incompleto ¿Cuál?:
9. Estudios nivel técnico completo ¿Cuál?:
10. Estudios nivel licenciatura incompletos ¿Cuál?:
11. Estudios nivel licenciatura completos ¿Cuál?:
12. Otros estudios (especificar):

CUAL HA SIDO SU OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

ESTATUS LABORAL ACTUAL:

1. Activo
2. Jubilado
3. Pensionado
4. Desempleado
  - a. Recibe ayuda económica Familiar
  - b. Recibe ayuda económica de algún programa Institucional
  - c. Solicita ayuda económica solicitándola a extraños

ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PADECE

1. Diabetes Mellitus
2. Hipertensión arterial
3. Obesidad
4. Artritis
5. Arterioesclerosis coronaria
6. Infarto Agudo del Miocardio
7. Angina de Pecho
8. Secuelas de EVC
9. Cáncer (TIPO): \_\_\_\_\_
10. ASMA
11. EPOC
12. Osteoporosis
13. Gota
14. Cefalalgia crónica
15. Enfermedad de Alzheimer
16. Enfermedad de Parkinson
17. Dolor de espalda baja
18. Insomnio (FRECUENCIA): \_\_\_\_\_ VECES POR SEMANA
19. OTRA (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS: 1. SÍ 2. NO  
¿CUÁLES?:

---

EN GENERAL, USTED DIRÍA QUE SU SALUD ES:

1. EXCELENTE
2. MUY BUENA
3. BUENA
4. REGULAR
5. MALA

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿TUVO QUE REDUCIR EL TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1. SÍ
2. NO

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿TUVO QUE REDUCIR EL TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO O NERVIOSO?

1. SÍ
2. NO

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HASTA QUE PUNTO SU SALUD FÍSICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES HABITUALES CON LA FAMILIA, LOS AMIGOS, LOS VECINOS U OTRAS PERSONAS?

1. NADA
2. UN POCO
3. REGULAR
4. BASTANTE
5. MUCHO

TUVO DOLOR EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS?

1. NO, NINGUNO
2. SÍ, MUY POCO
3. SÍ, UN POCO
4. SÍ, MODERADO
5. SÍ, MUCHO
6. SÍ, MUCHÍSIMO

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HASTA QUE PUNTO EL DOLOR LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO HABITUAL, INCLUIDO EL TRABAJO FUERA DE CASA Y LAS TAREAS DOMESTICAS?

1. NADA
2. UN POCO
3. REGULAR
4. BASTANTE
5. MUCHO

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ LLENO DE VITALIDAD?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO MUY NERVIOSO?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ TAN BAJO DE MORAL QUE NADA PODÍA ANIMARLE?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ CALMADO Y TRANQUILO?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO TUVO MUCHA ENERGÍA?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ DESANIMADO Y TRISTE?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ AGOTADO?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ FELIZ?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. ALGUNAS VECES
4. SOLO ALGUNA VEZ
5. NUNCA

DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ CANSADO?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA



SE PUEDE LEVANTAR DE UNA SILLA?

1. SIN NINGUNA DIFICULTAD
2. CON ALGUNA DIFICULTAD
3. CON DIFICULTAD MODERADA
4. CON GRAN DIFICULTAD
5. SÓLO CON AYUDA

SE PUEDE AGACHAR?

1. CON FACILIDAD
2. CON BASTANTE FACILIDAD
3. CON MEDIANA FACILIDAD
4. MUY POCO
5. IMPOSIBLE

SE PUEDE ARODILLAR?

1. CON FACILIDAD
2. CON BASTANTE FACILIDAD
3. CON MEDIANA FACILIDAD
4. MUY POCO
5. IMPOSIBLE

PUEDE ANDAR 100 METROS?

1. RAPIDAMENTE, SIN PARARSE
2. LENTAMENTE, SIN PARARSE
3. LENTAMENTE, PARADOSE, AL MENOS UNA VEZ
4. SÓLO SI LE AYUDAS
5. IMPOSIBLE

CUÁNTAS VECES HA SALIDO A LA CALLE EN LA ÚLTIMA SEMANA?

1. TODOS LOS DIAS
2. 5-6 DIAS A LA SEMANA
3. 3-4 DIAS A LA SEMANA
4. 1-2 DIAS A LA SEMANA
5. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA

PUEDE UTILIZAR TRANSPORTE PÚBLICO?

1. SIN DIFICULTAD
2. CON ALGUNA DIFICULTAD
3. CON DIFICULTAD MODERADA
4. CON GRAN DIFICULTAD
5. SÓLO SI LE AYUDAN

PRACTICA ALGÚN DEPORTE?

1. SI
2. SI, CON LIMITACIONES
3. EN ABSOLUTO

PUEDE REALIZAR ALGUNA LABOR MANUAL (TEJER, PINTAR, ETC.)?

1. SI
2. SI, CON LIMITACIONES
3. EN ABSOLUTO

CON FRECUENCIA VISITA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

1. UNA VEZ A LA SEMANA O MÁS
2. UNA O DOS VECES AL MES
3. MENOS DE UNA AL MES
4. NUNCA

AUN TIENE RELACIONES SEXUALES

1. SÍ
2. NO

SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿PORQUE NO LAS TIENE?

1. NO ES IMPORTANTE
2. ME DA VERGÜENZA
3. YA NO TENGO EDAD PARA ELLO
4. NO TENGO PAREJA
5. NO SIENTO DESEO
6. OTRA (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES?: \_\_\_\_\_ VECES POR MES.

CUANTO TIEMPO HACE QUE TUVO SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL:

\_\_\_\_\_

EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL HUBO:

1. COITO CON EYACULACIÓN: 1. SÍ 2. NO
2. SOLO JUEGOS SEXUALES: 1. SÍ 2. NO
3. COITO SIN EYACULACIÓN: 1. SÍ 2. NO

USTED CREE QUE LA COMUNICACIÓN, LAS CARIACIAS Y LOS BESOS SON IMPORTANTES DENTRO DE LA SEXUALIDAD? 1.SI 2. NO

USTED CONSIDERA QUE LAS PERSONAS MAYORES YA NO NECESITAN TANTO COMO LOS JÓVENES EL MANTENER RELACIONES SEXUALES: 1. SÍ 2. NO

HABLA CON ALGUIEN SOBRE SEXO: 1. SÍ 2. NO QUIÉN:

\_\_\_\_\_

CONSIDERA SU ASPECTO CORPORAL ATRACTIVO: 1. SÍ 2. NO POR QUÉ:

\_\_\_\_\_

## **PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA LOS VARONES**

TIENE DIFICULTADES PARA LA ERECCIÓN

1. SIEMPRE
2. SIEMPRE
3. CASI SIEMPRE
4. MUCHAS VECES
5. ALGUNAS VECES
6. SOLO ALGUNA VEZ
7. NUNCA

LE CAUSA ANGUSTIA, QUE ANTE LA POSIBILIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES TENGA DIFICULTADES DE ERECCIÓN:

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

TIENE PROBLEMAS DE INCONTINENCIA URINARIA QUE LE DIFICULTAN LAS RELACIONES SEXUALES:

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES SUFRE ALGUN TIPO DE DOLOR: 1. SÍ  
2. NO  
DE \_\_\_\_\_ QUE \_\_\_\_\_ TIPO:

## **PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA LAS MUJERES**

CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES, SUFRE PROBLEMAS DE LUBRICACIÓN VAGINAL:

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES, AL MOMENTO DE LA PENETRACIÓN SUFRE DE DOLOR:

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

EL TENER DOLOR DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES, PROVOCA EN USTED RECHAZAR TENERLAS:

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

CUANDO TIENE REÑLACIONES SEXUALES ES POR PRESION DE SU PAREJA

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. MUCHAS VECES
4. ALGUNAS VECES
5. SOLO ALGUNA VEZ
6. NUNCA

CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES SU EXITACIÓN

1. ES RAPIDA
2. ES LENTA
3. NADA