



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
DR. EDUARDO LICEAGA O.D.

**“RELACIÓN ENTRE LA SEXUALIDAD Y LA  
FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS  
MEXICANOS”**

**TESIS DE POSGRADO**

Que con el objeto de obtener el título de:

**MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

**P R E S E N T A:**

**Dra. Renata Hernández Nava**

**ASESORES DE TESIS:**

**Dra. Leonor Elia Zapata Altamirano**

**Dr. Miguel Maldonado Ávila**

**Dr. Arturo Redig Bernal**

**Dr. Lorenzo García**



DR. EDUARDO LICEAGA

**Ciudad de México, 2018**



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.



"Relación entre la sexualidad y la funcionalidad en adultos mayores de 70 años mexicanos"

Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

Consulta Externa de Geriatria

Unidad 401

Tipo de investigación: Clínica

Tipo de financiamiento: Recursos existentes en el hospital

Investigador Principal:

Dra. Leonor Elia Zapata Altamirano

Médico de Base

Servicio de Geriatria 110-B Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

RFC: ZAAL760701EF7

Teléfono: 27892000 ext. 1059

Correo electrónico: [tialeito@hotmail.com](mailto:tialeito@hotmail.com)

Firma:

Co- Investigador:

Dra. Renata Hernández Nava

Residente 4to año

Servicio de Geriatria 110-B Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

RFC: HENR8711259H1

Teléfono: 5567042520

Correo electrónico: [dra.renata.hdz@gmail.com](mailto:dra.renata.hdz@gmail.com)

Firma:

Investigador Asociado

Dr. Miguel Maldonado Ávila

Médico de base

Servicio de Urología 105-A Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

RFC: MAAM6911203X6

Teléfono: 27892000 Ext. 1031

Correo electrónico: [mimalavi@yahoo.com](mailto:mimalavi@yahoo.com)

Firma:



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL  
GENERAL  
de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

Investigador Asociado

Dr. Lorenzo García

Jefe del Servicio de Geriátría 110-B Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

RFC: GALO570810

Teléfono: 27892000 EXT 1193

Correo electrónico: yogasol8389@gmail.com

Firma:

Investigador Asociado

Dr. Arturo Reding Bernal

Investigador en Ciencias Médicas 301 Dirección de Investigación Hospital General de México, Dr.

Eduardo Liceaga

RFC: REBA790618NS1

Teléfono: 27892000 ext. 1164

Correo electrónico: reding\_79@hotmail.com

Firma:

Declaración de autoría: Dra. Renata Hernández Nava

Fecha de presentación del proyecto: Mayo 2018

Fecha de probable inicio: Mayo-Junio 2018

Fecha de terminación: Julio 2018

  
Dra. Leonor Elia Zapata Altamirano

Investigador Principal

## DEDICATORIA

*A mis estrellas fugaces...*

*Lolo y Don Jimmy por alumbrar mi camino ayer, hoy y siempre.*

*Esto es por ustedes y para ustedes*

## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A mi compañero de vida***

*Porque gracias a Dios te encontré  
Para que no solo sean 64, sino toda la vida*

*... Will you still need me, will you still feed me  
When I'm sixty-four*

*You'll be older too  
And if you say the word  
I could stay with you...*

### ***A mi compañera de vida***

*Por permanecer siempre juntas en esta vida tan  
maravillosamente imperfecta que nos tocó vivir.*

*Te amo hermana*

## ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	INTRODUCCIÓN.....	3
3.	MARCO TEÓRICO.....	4
	3.1 Concepto de Envejecimiento.....	4
	3.2 Aspectos epidemiológicos del adulto mayor.....	4
	3.3 Valoración Geriátrica Integral.....	5
	3.4 Concepto de Funcionalidad.....	5
	3.5 Evaluación de funcionalidad en el adulto mayor.....	6
	3.6 Índice de Lawton y Brody.....	6
	3.7 Concepto de Sexualidad.....	7
	3.8 Características de la sexualidad en la vejez.....	7
	3.8.1 Barreras en la salud sexual.....	8
	3.9 Epidemiología de sexualidad en el adulto mayor.....	12
	3.10 Evaluación de la sexualidad en el adulto mayor.....	13
	3.11 Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ).....	13
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
5.	JUSTIFICACIÓN.....	16
6.	HIPÓTESIS.....	17
7.	OBJETIVOS.....	18
	7.1 Objetivo General.....	18
	7.2 Objetivos Específicos.....	18
8.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
	8.1 Diseño del estudio.....	18
	8.2 Muestra.....	18
	8.2.1 Muestra.....	18
	8.2.2 Muestreo.....	18
	8.2.3 Tamaño de muestra.....	18
	8.3 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación.....	19
	8.3.1 Criterios de inclusión.....	19
	8.3.2 Criterios de exclusión.....	19

8.3.3	Criterios de eliminación.....	19
8.4	Operacionalización de variables.....	19
8.4.1	Definición de variables a evaluar.....	19
8.5	Técnicas y procedimientos.....	20
8.5.1	Instrumentos de investigación utilizados.....	20
8.5.2	Procedimientos.....	20
8.5.3	Análisis Estadístico.....	22
8.5.4	Cronograma de actividades.....	22
8.5.5	Consideraciones éticas.....	22
8.5.6	Relevancia y Expectativas.....	23
8.5.7	Recursos.....	23
8.5.7.1	Recursos Humanos.....	23
8.5.7.2	Recursos Materiales.....	23
9.	RESULTADOS.....	24
10.	DISCUSIÓN.....	29
11.	CONCLUSIONES.....	31
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
13.	ANEXOS.....	37
13.1.	Hoja de recolección de datos.....	37
13.2.	Escala de Lawton y Brody.....	38
13.3.	Tabla N°1: Características sociodemográficas de la población de estudio.....	39
13.4.	Tabla N°2: Comparación de las características sociodemográficas de la población entre personas sexualmente activas y sexualmente inactivas.....	41
13.5.	Tabla N°3: Comparación de las características sociodemográficas de la población entre hombres y mujeres.....	43
13.6.	Tabla N°4: Comparación de las variables del Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) entre pacientes sexualmente activos y sexualmente inactivos.....	45
13.7.	Tabla N°5: Comparación de las variables del Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) entre hombres y mujeres.....	46
13.8.	Tabla N°6: Relación de la funcionalidad evaluada mediante escala de Lawton y Brody y la sexualidad evaluada mediante el Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ).....	46



## 1. RESUMEN

**Fundamento:** La sexualidad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como “la integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Esta área en el adulto mayor presenta modificaciones por los cambios físicos, cognitivos, culturales, sociales y afectivos que conlleva el envejecimiento. La forma de expresión de la sexualidad en esta población cambia con aumento de formas de expresión variables que van desde la actividad coital, que generalmente disminuirá la frecuencia de esta, hasta formas de expresión no coitales como: besos, caricias, abrazos, fantasías, etc. Las alteraciones a este nivel, aunque son conocidas y descritas en la literatura, no son abordadas de manera cotidiana debido a la presencia de barreras en la comunicación entre personal de salud, cuidadores y familiares.

La funcionalidad que es descrita como la capacidad para realizar actividades de manera autónoma representa dentro de la valoración geriátrica integral la piedra angular para el pronóstico, tratamiento, dependencia física, y calidad de vida. Al detectar sutiles cambios a lo largo del tiempo es posible identificar, tratar y rehabilitar áreas para mejorar, retrasar o prevenir deterioro funcional y así preservar la independencia del adulto mayor.

**Objetivo:** Describir la relación entre la sexualidad u la funcionalidad en adultos mayores de 70 años mexicanos que acuden a la consulta externa del servicio de Geriátrica del Hospital General de México.

**Material y método:** Estudio descriptivo, transversal, en el que se incluyeron 60 pacientes mayores de 70 años que acudieron a la consulta externa del servicio de Geriátrica del Hospital General de México durante el periodo de 1 mes, muestra no probabilística, por conveniencia. Se exploraron variables sociodemográficas, enfermedades crónico degenerativas, fármacos, vivienda, uso de auxiliares para la marcha, déficit sensorial, funciones cognitivas, depresión, historia sexual, funcionalidad para actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) y evaluación de la función sexual.

**Instrumentos:** Se aplicó a los pacientes la escala de Lawton y Brody, y el Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en su versión validada en español.

**Resultados:** En la población estudiada, la prevalencia de sexualidad en el adulto mayor fue de 20%. Observando que el 83.3% de la población sexualmente activa eran hombres y el 16.7% eran mujeres ( $p= 0.011$ ).

En relación a la funcionalidad, se observó que el 85% de los pacientes permanecen independientes para las actividades instrumentadas de la vida diaria, con una media de 6.2 (DE±1.61). También se observó que la pérdida de las actividades instrumentadas de la vida diaria no guarda relación directa con la problemática sexual evaluada por el (MGH-SFQ).

Evaluando los resultados del MGH-SFQ, el 66.7% de la población tiene problemática sexual, con media de 1.67 (DE±1.25). Siendo esta problemática más frecuente en mujeres donde el 86.7% de las mujeres presentan problemática sexual, y en hombres el 46.7% ( $p=0.001$ ). La media del puntaje del cuestionario fue de 1.02 puntos (DE±1.03) para mujeres y para hombres de 2.32 puntos (DE±1.12).

En el análisis por variable, se observó que el 76.7% de las mujeres, y el 20% de los hombres tienen interés totalmente disminuido ( $p=0.001$ ); La excitación el 80% de las mujeres y el 30% de los hombres lo tienen totalmente disminuido ( $p=0.001$ ); La erección en el caso de los hombres el 33.7% lo tienen totalmente disminuido y el 33.3% lo tienen normal; El orgasmo en 99.3% de las mujeres y 60% de los hombres está totalmente disminuido ( $p=0.008$ ) y finalmente la satisfacción general permanece normal en el 60% de las mujeres y 80% de los hombres ( $p=0.016$ ).

# RELACIÓN ENTRE LA SEXUALIDAD Y LA FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS MEXICANOS

## 2. INTRODUCCIÓN

La población mundial se encuentra ante un cambio demográfico en donde habrá cada vez más adultos mayores y esto traerá consigo implicaciones sociales, culturales y económicas. La valoración geriátrica es la herramienta para la evaluación del adulto mayor de manera integral (funcionalidad, red de apoyo, cognitivo, psicoafectivo, biológico, etc.).

La funcionalidad es uno de los pilares para determinar estado actual, pronóstico y el potencial de rehabilitación del adulto mayor. Existen múltiples herramientas, sin embargo, dentro de las más estudiadas se encuentra la escala de Lawton y Brody la cual evalúa las actividades instrumentadas de la vida diaria. Los cambios, aunque sutiles en diferentes puntos evaluados se asocian a declive funcional incipiente e incluso se pueden observar alteraciones cuando se presenta deterioro cognitivo.

Por otra parte, la sexualidad en el adulto mayor representa un área olvidada en esta población, esto debido a falta de interés de parte del médico, aspectos culturales, sociales, y las percepciones erróneas de la sexualidad que trae consigo el envejecimiento.

En esta etapa de la vida, la sexualidad trae consigo cambios en donde se disminuye la actividad coital, ya que existen cambios a nivel motriz, cognitivo, redes familiares por lo que ante dichos cambios se aumentan otras formas de expresión, convirtiéndose en un concepto que va más allá de lo biológico. La valoración de la sexualidad en este sector de la población representa un reto para el personal de la salud, por lo que se propone realizarla como parte de la valoración rutinaria.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Concepto de envejecimiento**

El envejecimiento de la población representa un reto al que se enfrentará la sociedad mundial en la primera mitad de este siglo. Esto traerá consigo repercusiones económicas, sociales y culturales. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento se define como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida. Esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (1)

La dinámica de la salud en la vejez es compleja; Los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor. Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Sin embargo, la presencia de estas afecciones no dice nada sobre el impacto que pueden tener en la vida de una persona mayor. (2)

#### **3.2 Aspectos epidemiológicos del adulto mayor**

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión de política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. De acuerdo con el Reporte Mundial de envejecimiento y salud se estima que en el 2030 el porcentaje de adultos mayores ascenderá a 16.6% y en 2050 hasta a 21.4%. (1)

En México, la vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de los 36 años en 1950 a los 74 años en 2000, y se espera alcanzar los 80 años en 2050. En 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7% a 28%. Uno de los principales retos del envejecimiento es el impacto sobre los sistemas de salud el cual implicará una mayor demanda de los servicios, mayores costos y con ello repercusión en la economía de un país. (3)

Debido a estos desafíos a los que nos enfrentamos es necesario instrumentar medidas y programas preventivas que permitan reducir las tasas de morbilidad y discapacidad, para así incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad y permitir que un mayor número de individuos disfrute su vejez en plenitud de condiciones físicas y mentales. (3)

A partir de los 45 años la prevalencia de dependencia se incrementa gradualmente tanto en hombres como en mujeres, pero a partir de los 70 años los riesgos de

presentar deterioro funcional asociado a la incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria son mayores.

Además de ser más propensos a presentar enfermedades crónicas, alteraciones sensoriales, malnutrición, incontinencia urinaria, polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión y deficiencia en el apoyo social. Es por ello que se desarrollaron herramientas que nos permiten poder definir, evaluar e identificar cambios en la funcionalidad y repercusiones en el estado de salud. (4)

### **3.3 Valoración Geriátrica Integral**

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud.

Con una adecuada valoración se reconocen de forma precoz alteraciones a cualquiera de los niveles previamente descritos para realizar intervenciones para prevenir, controlar e incluso retardar la aparición de dependencia funcional.

Dicha evaluación ha demostrado que la utilización de programas de valoración e intervención geriátricas integrales y formales en adultos mayores preservan la funcionalidad y racionalizan la utilización de recursos sanitarios. (5)

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias del funcionamiento.

Dichas evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. (6)

### **3.4 Concepto de Funcionalidad**

Por función, se entiende la capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel independientemente de su diagnóstico. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. (7)

La valoración funcional es una de las áreas de más interés de la valoración geriátrica. Dentro de ella las actividades de la vida diaria se han constituido como principal referente del estado funcional de los adultos mayores. (8)

### **3.5 Evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor**

Las actividades de la vida diaria se pueden dividir en básicas, instrumentadas y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, continencia) y los inmediatamente superiores (aseo, vestido, traslado) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Se miden mediante la observación directa siendo la escala más utilizada el Índice de Katz.<sup>(9)</sup>

Las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas...), es decir, actividades que permiten la relación con el entorno.

Su principal limitación es su dependencia de factores como el sexo, la cultura y preferencias personales. Su medida suele basarse en el juicio y no en la observación. Son más útiles que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro y en su evaluación se utiliza principalmente la Escala de Lawton y Brody.<sup>(10)</sup>

### **3.6 Índice de Lawton y Brody**

Dentro de las herramientas para la evaluación de la funcionalidad de las actividades instrumentadas de la vida diaria se encuentra la escala de Lawton y Brody la cual fue publicada y desarrollada en 1969 en el Philadelphia Geriatric Center para la evaluación física y de las actividades más complejas de la vida diaria necesarias para vivir en comunidad llamadas actividades instrumentadas de la vida diaria.<sup>(11)</sup>

Esta evaluación es de suma importancia ya que las actividades instrumentadas de la vida diaria generalmente se pierden antes que las básicas (alimentación, aseo personal, vestido, transferencias, continencia).

La evaluación de las actividades instrumentadas es necesaria para reconocer declive incipiente en adultos mayores. Este declive incipiente usualmente es el único signo de alarma en un anciano con una enfermedad aguda o que inicia su declinar físico y cognitivo.<sup>(12,13)</sup>

Es la escala más utilizada para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) construido específicamente para su uso con la población geriátrica. Esta escala cuenta con 8 ítems:

- Capacidad para utilizar el teléfono
- Hacer compras
- Preparar la comida
- Realizar el cuidado de la casa
- Lavado de la ropa
- Utilización de los medios de transporte
- Responsabilidad respecto a la medicación
- Administración de su economía

A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) Esta escala se realiza de manera sencilla aproximadamente en 10 minutos. Puede ser realizada mediante entrevista o por cuestionario.<sup>(14)</sup>

Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.

Se ha observado que la pérdida de las capacidades de la vida diaria ocurre en un orden jerárquico. Por lo tanto, primero se pierde la capacidad de efectuar las actividades llamadas instrumentadas de forma independiente y luego las actividades básicas de la vida diaria; de estas últimas, las tareas como la capacidad de deambular o efectuar el baño de forma independiente son las primeras para las cuales los individuos tienen dificultades en su realización, mientras que la capacidad para alimentarse sin necesidad de ayuda es la última que se pierde.<sup>(15)</sup>

### **3.7 Concepto de Sexualidad**

La Organización Mundial de la Salud define a la sexualidad como la integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.<sup>(16)</sup>

### **3.8 Características de la sexualidad en la vejez**

La sexualidad puede ser vista fundamentalmente como un componente de la vida humana. El sexo se refiere a aspectos físicos, particularmente las relaciones sexuales. La sexualidad tiene un significado más amplio, comprendiendo no solo el aspecto físico, sino aspectos sociales y mentales. Esta dimensión humana también abarca al individuo, sus interacciones con otros, y variaciones en las formas a lo largo de la vida.<sup>(17)</sup>

La sexualidad también afecta la salud humana con profundas implicaciones no solo en la esfera biológica y aspectos psicológicos, también lo hace en el aspecto cultural y social. Y es importante recalcar que afecta en todas las edades.<sup>(18)</sup>

Las necesidades sexuales en los adultos mayores son similares a las de los adultos jóvenes, con algunas variaciones, principalmente en la forma de expresión. Por lo tanto la sexualidad es un concepto complejo que comprende creencias, actitudes, nociones, fantasías, valores, comunicación, imagen corporal, personalidad, socialización, experiencias pasadas, que están fuertemente asociadas a la identidad, orientación y bienestar.<sup>(16,19)</sup>

Estos factores influyen también en las manifestaciones personales de la sexualidad, y define la individualidad de una persona. Por lo tanto, la sexualidad implica dimensiones que van más allá de la expresión física.<sup>(20)</sup>

Aún con esta información es común considerar a los adultos mayores como asexuales o como personas que no tienen derecho a tener necesidades sexuales, a practicar sexo y mucho menos a expresar deseo, siendo considerados perversos o insolentes las personas que expresan estas necesidades incluso si solo es platónico.<sup>(21)</sup>

En general, se caracteriza a la vejez como una etapa de la vida en la que se produce un declive gradual en la actividad e interés sexual. Sin embargo el ser humano es sexuado desde que nace hasta que muere, expresando su sexualidad de diferentes maneras a lo largo del ciclo vital.<sup>(22)</sup>

La sexualidad está condicionada por sesgos, prejuicios y por una visión estereotipada, a pesar de que en muchos estudios se muestra que las personas mayores tienen deseo de expresión.<sup>(17,22)</sup>

Dentro de los principales conceptos erróneos y mitos que se tienen acerca de la sexualidad y el envejecimiento se encuentran:

- La sexualidad no existe en los adultos mayores
- La sexualidad en los adultos mayores es algo cómico
- La sexualidad en los adultos mayores es desagradable
- La actividad sexual en centros de cuidados está en contra de las reglas
- Se asume que las relaciones entre adultos mayores son heterosexuales
- Las relaciones entre adultos mayores no tienen riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

### 3.8.1 Barreras en la salud sexual:

Las principales barreras que encontramos, son consecuencia de los conceptos erróneos que se tienen. Incluso el personal de la salud o cuidadores están

influenciados por estas convenciones sociales que resultan en un pensamiento perjudicial.

Esto es de alguna forma entendible debido a que la mayoría de los médicos, enfermeras, y personal en las instituciones no son educados para manejar aspectos de salud sexual en esta población y se prefiere no mencionarlo dentro de la consulta diaria. Como consecuencia, a menudo es ignorado en la valoración integral del adulto mayor dando prioridad a aspectos físicos que aparentemente importan más.

Estas barreras no solo están definidas por la falta de conocimiento de esta área sino también de las creencias personales (religioso, cultural etc.) del mismo personal de salud.

Las barreras físicas en la salud sexual incluyen cambios fisiológicos del envejecimiento, cambios patológicos del envejecimiento, dolor crónico, deterioro cognitivo, restricciones ambientales, imagen corporal, efectos adversos de los medicamentos, entre otros.

Las modificaciones asociadas a la edad también son diferentes entre hombres y mujeres. Específicamente las mujeres presentan adelgazamiento de las paredes vaginales, disminución o retraso de la lubricación vaginal por lo que puede presentar dolor durante las relaciones sexuales, atrofia de labios, acortamiento vaginal, prolapso cervical, etc.

Los hombres requieren una mayor estimulación física directa del pene para experimentar una erección algo más débil, los orgasmos son menos y más débiles, hay una fuerza y cantidad de eyaculación reducidas y un período refractario aumentado después de la eyaculación, aunque el deseo sexual permanece relativamente estable.<sup>(23)</sup>

Las disfunciones sexuales son más frecuentes en mujeres que en varones, siendo los problemas sexuales más comunes la disfunción eréctil, la eyaculación precoz en el caso de los hombres, y la inhibición del deseo sexual problemas de lubricación y orgasmo en las mujeres.<sup>(24)</sup>

En hombres la disfunción eréctil, previamente llamada impotencia, se define por la incapacidad de lograr o mantener una erección adecuada para la función sexual. Es la forma más común de disfunción sexual en hombres mayores, que afecta al 20-40% de los hombres de entre 60 y 70 años, y al 50-70% de los que tienen entre 70 y 90 años.<sup>(25)</sup>

En mujeres el trastorno de interés/excitación sexual femenino es probablemente el trastorno sexual más común en mujeres mayores, mediado en parte por niveles más bajos de testosterona y por cambios posmenopáusicos.<sup>(26)</sup>

La prevalencia de este trastorno aumenta de alrededor del 10% en mujeres premenopáusicas a casi el 50% en mujeres de 60-80 años.<sup>(27)</sup>

En un gran estudio epidemiológico que involucró a 3005 adultos mayores de EE. UU, el 43% de las mujeres de 57-85 años informaron un deseo bajo, el 39% tuvieron dificultad con la lubricación y el 34% tuvieron anorgasmia. El dolor genito pélvico/trastorno de penetración, antes llamado dispareunia y vaginismo, es más común durante y después de la menopausia debido a tejido vulvovaginal atrofiado y menos lubricado durante la excitación sexual.<sup>(28)</sup>

Estos cambios tienen un impacto en la autopercepción, en las necesidades sexuales. En este contexto, las diferencias de género muestran que las mujeres le atribuyen menor importancia a su vida sexual comparada con hombres.<sup>(29)</sup>

Para muchas mujeres, la viudez es considerada un parte aguas y un evento que cambia la vida, conlleva a cambios dramáticos. En el contexto de la sexualidad, este estado de viudez es la razón por la que muchas mujeres disminuyen su actividad sexual e incluso la suspensión completa de esta.<sup>(29)</sup>

Se reporta en un estudio realizado por la American Association of Retired Persons se encontró que el 98% de mujeres solteras viven sin contacto sexual en los 6 meses previos. Dos tercios no experimentaban besos, caricias, o muestras afectivas de cualquier forma, y menos del 0.5% reportaban tener encuentro sexual al menos una vez a la semana comparada con más del 50% de las mujeres de la misma edad que tenían esposo.<sup>(30)</sup>

Dado que en la edad avanzada también aumenta el riesgo de enfermedades, estos cambios fundamentales a menudo se complican por dolencias que pueden tener efectos físicos en la función sexual.

Los impactos pueden ser directos (por ejemplo, la enfermedad vascular produce disfunción eréctil) o indirectos (por ejemplo, los medicamentos administrados para una enfermedad no relacionada pueden disminuir la libido), o estar relacionados con las consecuencias psicosociales de una enfermedad o su tratamiento (por ejemplo, los cambios en la imagen de sí mismas que pueden sufrir las mujeres tras una mastectomía). De hecho, las dificultades provocadas por las enfermedades pueden incidir mucho más en los problemas sexuales que la edad en sí.<sup>(29)</sup>

Las afecciones más comunes son la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la depresión, los cánceres de mama y próstata, el VIH / SIDA, el deterioro cognitivo, la demencia, y la osteoartritis. En 2763 mujeres posmenopáusicas, la enfermedad coronaria se asoció significativamente con la falta de interés sexual, la excitación y los trastornos orgásmicos, y la incomodidad general con el sexo.<sup>(31)</sup>

La depresión, la ansiedad y los fármacos utilizados para tratar estos trastornos son factores de riesgo de disfunción sexual en mujeres y hombres que causan una disminución del deseo y la capacidad de realizar. Además, los hombres con DE tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión.<sup>(32)</sup>

Los episodios importantes de estrés psicosocial (es decir, pérdida de pareja o trabajo, crisis médica, enfermedad prolongada, hospitalización) pueden provocar disfunción sexual en adultos mayores.

La evaluación psicosocial y el tratamiento además de la evaluación médica y el tratamiento están garantizados. Varios medicamentos pueden conducir a la disfunción sexual, en particular antihipertensivos, antidepressivos, anti andrógenos y medicamentos psicotrópicos.<sup>(33)</sup>

En consonancia con las actitudes socio culturales predominantes, los estudios sobre la sexualidad en la vejez con frecuencia se centran en estas vulnerabilidades y en las disfunciones sexuales, más que en los aspectos positivos de la sexualidad.<sup>(34)</sup>

En un el estudio Ingles longitudinal del envejecimiento (ELSA), se analizaron datos de 6833 participantes de edades comprendidas entre los 50-89 años de edad y se observaron asociaciones significativas entre la actividad sexual. Observando que el mantener una vida sexual saludable en la vejez podría ser un instrumento en mejorar la función cognitiva y el bienestar general.<sup>(35)</sup>

Así, una encuesta reciente de personas de mediana edad y de edad avanzada en 29 países reveló que las disfunciones más comunes en las mujeres eran la falta de interés sexual (21%), la incapacidad para alcanzar el orgasmo (16%) y las dificultades de lubricación (16%). En los hombres, las disfunciones más comunes parecen ser la dificultad para lograr o mantener una erección (37 %), la falta de interés sexual (28 %), la excesiva rapidez en alcanzar el orgasmo (28 %), la ansiedad por el desempeño (27 %) y la incapacidad para alcanzar el orgasmo (20%).

A pesar de estas dificultades, o con la ayuda de los tantos tratamientos médicos de que se dispone, la sexualidad sigue siendo importante en la vejez y adopta muchas formas. En contra de los estereotipos de género, los pocos estudios realizados en este campo indican que un alto nivel de funcionamiento sexual es importante para la satisfacción en la relación, tanto entre las mujeres mayores como entre los hombres mayores (aunque esta asociación puede funcionar en ambos sentidos), y que la intimidad física mediante besos y caricias puede ser aún más importante para los hombres mayores que para las mujeres mayores.<sup>(36)</sup>

Un tema que a menudo se pasa por alto es el funcionamiento sexual en las personas mayores que viven en una residencia o una institución. Se trata de un

tema complejo que abarca tanto los derechos de las personas mayores a expresar su sexualidad como la necesidad de proteger a personas vulnerables contra prácticas abusivas.<sup>(37)</sup>

En relación con la sexualidad y la demencia pueden plantearse algunos dilemas éticos en particular.<sup>(37)</sup> Se necesitan con urgencia más estudios y mejores pautas sobre cómo manejar estas situaciones delicadas y complejas.

Aunque la sexualidad en la vida posterior ha recibido creciente atención en la última década, esta se ha centrado principalmente en los aspectos médicos del funcionamiento sexual, con un enfoque primordial en el tratamiento de la disfunción eréctil lo que ha resultado en una escasez de literatura sobre la sexualidad, la salud sexual post-reproductiva, los derechos sexuales de los adultos mayores en la vida posterior y en tomar en cuenta cuestiones olvidadas como el duelo sexual.<sup>(38)</sup>

### **3.9 Epidemiología de la sexualidad en el adulto mayor**

Aunque los datos sobre la actividad sexual en la vejez son limitados, especialmente en los países de ingresos bajos, las encuestas de población muestran una y otra vez que es frecuente que las personas se mantengan sexualmente activas hasta edades avanzadas.

Dentro de las características epidemiológicas que presentan los adultos mayores se reporta que aproximadamente 79.9% de los hombres mayores cuentan con pareja actual, y en mujeres disminuye hasta el 57.8%.

En cuanto a la prevalencia de la sexualidad en los adultos mayores varía dependiendo la literatura. En un estudio publicado en el *The New England Journal of Medicine* en 2007 se observa que después de iniciado el nuevo milenio, el 73% de las personas se muestra sexualmente activa entre los 57 y los 64 años, porcentaje que va disminuyendo de forma paulatina hasta el 53% entre los 65 y los 74 años y hasta el 26% en la franja de edad entre 75 y 85 años.

En este mismo estudio únicamente el 38% de los varones y el 22% de las mujeres habían conversado con su médico acerca de sus hábitos y circunstancias sexuales, desde que habían cumplido los 50 años. Y se demostró que los mayores de 60 años estarían agradecidos si sus médicos iniciaran conversaciones sobre sexualidad, les hicieran preguntas directas y abiertas al respecto y les trataran como personas “sexualmente normales”.<sup>(39)</sup>

En otro estudio publicado por Lindau, se observa que los hombres tienen mayor tendencia a permanecer sexualmente activos, reportando una buena calidad de vida sexual y se encuentra aún interesados en el sexo. Los hombres comparados con las mujeres presentan mayor interés en estos temas (62% vs. 21%).

Estas diferencias de género aumentan con la edad y estas diferencias se observan con mayor claridad en adultos mayores de entre 75 y 85 años. Dentro de los resultados publicados en este estudio se observó que los hombres y mujeres que reportaban muy buena o excelente salud eran más propensos a permanecer sexualmente activos comparados con aquellos que no gozaban de buena salud.<sup>(29)</sup>

De la población sexualmente activa presentan actividad coital 2 a 3 veces al mes, y el 23% tienen sexo al menos 1 vez a la semana. 70% de los hombres y 50% de las mujeres reportan interés sexual. La masturbación era más frecuente en los grupos más jóvenes y en hombres. La presencia de un cónyuge o pareja impactaba en la sexualidad en los adultos mayores. En hombres de 75-85 años 78% reportaban tener un compañero y en mujeres entre las mismas edades 40% tenían un compañero, esto relacionado a la mayor esperanza de vida en las mujeres.<sup>(40)</sup>

### **3.10 Evaluación de la sexualidad en el adulto mayor.**

La definición subjetiva de sexualidad y el rol que esta juega en la vida de cada persona es más significativa en el entendimiento de la experiencia sexual más que cualquier herramienta objetiva de medición.<sup>(41)</sup>

En las últimas décadas se han desarrollado diversos cuestionarios con el fin de identificar y evaluar las disfunciones sexuales. Algunos de estos instrumentos son aplicables tanto a mujeres como a hombres mientras que otros son específicos para el hombre o la mujer. Entre los que son aplicables a ambos sexos está el Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ).

### **3.11 Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)**

El MGH-SFQ fue elaborado a partir del Guided Interview Questionnaire y de la Arizona Sexual Experience Scale. Está formado por 5 ítems referidos a interés sexual, capacidad de excitación, capacidad de conseguir el orgasmo, capacidad para conseguir y mantener la erección (solo para hombres) y satisfacción sexual global. Su reducido número de parámetros a evaluar lo convierte en un instrumento de gran interés para la práctica clínica, pudiendo tener relevancia en la atención primaria.<sup>(42)</sup>

El MGH-SFQ tiene capacidad para detectar los efectos que determinados fármacos tienen sobre el funcionamiento sexual.<sup>(43,44,45)</sup> Así como para identificar los efectos positivos que la terapia cognitivo-conductual tiene sobre las disfunciones sexuales en pacientes con trastornos psicológicos.

En la validación de este instrumento se observó que un mejor funcionamiento sexual reflejado en las puntuaciones se correlacionaba en sentido positivo con la

capacidad para iniciar la actividad sexual, el deseo y la satisfacción sexual, además de identificar mayor porcentaje de mujeres que de hombres con disfunciones sexuales, y el número de individuos que las presentan aumentará de forma progresiva a medida que se incrementa la edad. Y el funcionamiento sexual se asociará al nivel educativo y a la práctica religiosa.<sup>(46)</sup>

En el análisis por edad se observó que los entrevistados en edades que oscilan de 62- 83 años aproximadamente entre el 70.9% y el 81% de mujeres presentan alteraciones en el deseo, en la excitación (75.6-90.5%), orgasmo 75.9-85.7% y en la satisfacción 68.4-75%. Y en hombres deseo 47.3-61.1%, excitación 46.3-72.2%, orgasmo 40-77.8%, erección 57.4-82.4% y en la satisfacción general 47.3-61.1%. Aumentando la aparición de estas alteraciones a mayor edad. El cuestionario consiste en 5 parámetros, que evalúan el deseo, la excitación, la habilidad de alcanzar orgasmo, la habilidad de alcanzar y mantener una erección (para los hombres) y la satisfacción general. Se observó que este cuestionario es capaz de identificar disfunción sexual, incluso en personas que se encuentran bajo tratamiento antidepressivo, con problemas psicológicos, o para evaluar el efecto de sustancias en el funcionamiento sexual.<sup>(47)</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El aumento de la esperanza de vida en México ha provocado que el número de personas con dependencia funcional se incremente y con ello el interés de detectar cambios tempranos para evitar dicha dependencia, ya que esto no únicamente repercutirá en la calidad de vida de los adultos mayores, también lo hará en los recursos económicos, humanos y sociales.

La sexualidad en el adulto mayor, representa un ámbito olvidado en la valoración diaria en el quehacer médico el cual representa una parte fundamental de la vida ya que requiere integridad motora, neurocognitiva, social y psicoafectiva. Lo que se asocia con la persistencia de independencia funcional ya que esta de igual forma requiere los mismos elementos. Por lo que cuando aparecen alteraciones a este nivel es más predecible el declive de la funcionalidad para actividades instrumentadas de la vida diaria.

No contamos con herramientas que evalúen de manera integral la sexualidad, ya que generalmente los cuestionarios validados se enfocan al área física. Por lo que entender las variables demográficas, psicológicas, y físicas que engloba la sexualidad en el adulto mayor nos brindará información para elaborar una herramienta más apegada a la realidad que viven día a día los adultos mayores.

Poca información tenemos de las características de la sexualidad en el adulto mayor. Esto es debido a mitos y desinformación que envuelven la sexualidad en esta población.

## 5. JUSTIFICACIÓN

Un área no explorada en los adultos mayores es la sexualidad, existen pocos estudios que hablen de ella en el adulto mayor con una visión holística y no solo como la actividad física o patología asociada a alteraciones orgánicas. Y no existe evidencia en donde se consideren factores complejos que engloben las alteraciones de la sexualidad en el adulto mayor como fármacos, patología social, aspectos culturales, estado cognitivo, etc.

Por ello la necesidad de realizar un estudio donde se describa la relación entre la funcionalidad y factores asociados con la sexualidad en el adulto mayor.

El cuestionario del Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) es una herramienta la cual evalúa diversos momentos en el desempeño sexual, aplicables a mujeres y a hombres. Calificando el deseo, excitación, orgasmo, erección (en caso de hombres) y algo importante evaluado en este cuestionario aplicable para los adultos mayores es la satisfacción sexual general. Ya que como sabemos, en los adultos mayores la sexualidad es un proceso íntimo, de acercamiento con la pareja, de caricias, que va más allá del encuentro físico.

Es por estas razones que se decide la aplicación de dicho cuestionario así como una breve historia sexual para determinar otros factores que puedan estar asociados sus implicaciones directas en la sexualidad. Así como características demográficas en la población estudiada

## **6. HIPÓTESIS**

Si la disminución en la capacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria se ha correlacionado con una mayor predisposición a presentar enfermedades crónicas, alteraciones sensoriales, malnutrición, incontinencia urinaria, polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión y deficiencia en el apoyo social, entonces al evaluar la funcionalidad con la escala de Lawton y Brody los individuos con puntajes más altos, presentaran mayor puntuación en la evaluación del desempeño sexual con la escala MGH-SFQ.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación entre la sexualidad y la funcionalidad en adultos mayores de 70 años mexicanos de la Consulta Externa.

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características referentes a la sexualidad en población Mexicana mayor de 70 años.
- Proponer un formato de evaluación de la sexualidad para su integración a la evaluación cuádruple dinámica.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

- Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo

### **8.2 MUESTRA**

#### **8.2.1 MUESTRA**

Se incluirán en el estudio pacientes de ambos sexos, mayores de 70 años, que acudan a consulta externa del Hospital General de México. Los pacientes serán incluidos en el estudio en forma consecutiva y asignados a cada grupo de acuerdo al género.

#### **8.2.2 MUESTREO**

Por conveniencia de todos los pacientes que cumplen criterios de selección que acuden a consulta externa del Servicio de Geriatría del Hospital General de México dentro del periodo del mes de junio del 2018

#### **8.2.3 TAMAÑO DE MUESTRA**

No fue necesario el cálculo del tamaño de la muestra, ya que se tomaron los datos de todos los casos examinados que cumplieron los criterios de inclusión, dentro del periodo establecido.

### 8.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

#### 8.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 70 años de edad provenientes de la consulta externa del Hospital General de México
- Que deseen responder el cuestionario de Sexualidad.
- Que firmen la carta de consentimiento informado.

#### 8.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Demencia moderada a severa
- Dependencia funcional para las actividades básicas de la vida.

#### 8.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que deseen abandonar el estudio
- Pacientes que no completen todos los instrumentos durante la evaluación.

### 8.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 8.4.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES A EVALUAR

- Independiente: Funcionalidad: capacidad para realizar de forma independiente actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria y actividades, evaluada mediante la escala Lawton y Brody.
- Dependiente: Sexualidad, evaluada mediante el Cuestionario Sexual Functioning Questionnaire en su versión validada en Colombia.

VARIABLE	DEFINICIÓN METODOLÓGICA	INSTRUMENTO	CATEGORÍAS	ESCALA
<b>FUNCIONALIDAD</b>	Cuantitativa discreta	Lawton y Brody	0-4: Dependencia funcional 5-8: Independencia funcional	0-8 puntos
<b>SEXUALIDAD</b>	Cuantitativa discreta	Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire MGH-SFQ	Presencia de problemática sexual: 0 - 2 puntos en cualquier dimensión o valor final (Mujer: Promedio de 1,2,3,5; Hombre: promedio de 1,2,3,4,5)	Mujeres 0-4 Hombres 0-5

## 8.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

### 8.5.1 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS

- Escala de Lawton y Brody
- Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire, versión Colombiana validada en español.
- Cuestionario para recopilación de datos generales.

### 8.5.2 PROCEDIMIENTO

1. A los pacientes que cumplan los criterios de inclusión de la consulta externa del Hospital General de México se explicará en que consiste el estudio que se realizará.
2. Se dará consentimiento informado, así como la explicación del mismo, del estudio a realizar, protección de datos personales, y retiro voluntario en caso necesario.
3. En caso de que el paciente se encuentre acompañado por familiares, cuidadores, o personas cercanas se solicitará que dicha persona permanezca en el área de espera fuera del consultorio con la finalidad de proteger la privacidad, integridad emocional e intimidad del paciente.
4. En caso de que el paciente solicite que su familiar, cuidador etc. permanezca con él durante la aplicación del cuestionario se solicitará la firma de dicha persona como testigo.
5. Posteriormente se realizará la aplicación de una valoración Geriátrica Integral la cual consiste en antecedentes de importancia enfocados en la sexualidad como escolaridad, religión, estado civil, edad, ocupación, tipo de vivienda, uso de psicofármacos, uso de auxiliares para la marcha, déficit visual y auditivo, estado cognitivo y psicoafectivo.
6. Se realizará evaluación de la funcionalidad con un cuestionario para determinar la independencia o dependencia de las actividades instrumentadas de la vida diaria con la escala de Lawton y Brody.
7. Este cuestionario contiene 8 puntos a evaluar (capacidad para usar el teléfono, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, ingesta de medicamentos, manejo de asuntos económicos y realización de compras).

8. Se da un punto si el paciente es capaz de completar la tarea sin ayuda de otra persona, en caso contrario se puntúa con cero.
9. Esta escala determina grado de dependencia de las actividades instrumentadas de la vida diaria. Se determinará puntaje mayor o igual de 5 puntos como independiente y menor de 5 puntos como dependiente.
10. Posteriormente se procederá a realizar una breve historia sexual, que incluya antecedentes sexuales y de importancia que puedan intervenir directamente en la sexualidad como edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, método anticonceptivo, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, vida sexual activa y características de esta como frecuencia, y en caso de no tener vida sexual activa, fecha de la última relación sexual, deseo, masturbación, preferencia sexual.
11. Se explica al paciente que en caso de no desear responder alguna pregunta se haga saber y se saltará dicho ítem a evaluar. De igual manera en caso de querer abandonar el estudio se podrá realizar en cualquier momento.
12. Para evaluación de la sexualidad se realizará además un cuestionario llamado Sexual Functioning Questionnaire MCH-SFQ. En su versión en español.
13. El cuestionario cuenta con 4 preguntas para mujeres y 5 para hombres. Estos parámetros evalúan interés sexual, excitación, orgasmo, erección (en caso de hombres) y satisfacción sexual general.
14. En cada parámetro se da una puntuación del 0 al 4 respectivamente si esta se encuentra: totalmente disminuido, marcadamente disminuido, moderadamente disminuido, mínimamente disminuido o normal.
15. Para su interpretación en mujeres se deben sumar los ítems 1, 2, 3 y 5, y el resultado de dicha suma debe ser dividida entre 4. En hombres se deben sumar los ítems 1, 2, 3,4 y 5, y el resultado de dicha suma debe ser dividida en 5.
16. Puntuaciones iguales a 0 o inferiores a 2 en alguna subescala o en el total podría ser un indicativo de problemáticas sexuales.
17. Para la interpretación de resultados se promedia puntaje obtenido. Si presenta menor o igual de 2 cuenta con problemática sexual, y mayor de 2 sin problemática sexual.

18. Se realizó el registro en la hoja de recolección de datos, se vació la información en la base de datos en el programa Excel de Microsoft®. Una vez hecho el registro se realizó el análisis estadístico y representación gráfica de resultados en el programa SPSS® versión 20.0.

### 8.5.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará análisis exploratorio univariado y análisis de normalidad. Se realizará la prueba de T de student para comparación de medias. Se considerará un valor de  $p < 0.05$  para indicar significancia estadística para todas las pruebas. Se realizará Regresión logística binaria para las variables en estudio. Todos los análisis estadísticos se realizarán utilizando SPSS® versión 20.0.

### 8.5.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2018			
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	X			
REVISIÓN TEÓRICA	X			
ASESORÍA METODOLÓGICA	X			
APROBACIÓN		X		
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN		X		
PROCESAMIENTO INFORMACIÓN		X		
ANÁLISIS DE RESULTADOS		X		
CONCLUSIONES		X		
PREPARACIÓN INFORME FINAL			X	
PRESENTACIÓN INFORME FINAL				X

### 8.5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación se encuentra apegados a la Ley General de Salud y su reglamento en materia de investigación, así como a las guías de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH) sobre la Buena Práctica Clínica (GCP).

En todo momento se protegerán los datos brindados por el paciente, así como su intimidad, dignidad, deseos e ideología

### 8.5.6 RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

- La relevancia de este proyecto de investigación es contar con evidencia científica que nos muestre el comportamiento de la sexualidad en la población mexicana de adultos mayores para poder incluir esta escala en la valoración Geriátrica Integral de manera rutinaria ya que normalmente no se realiza abordaje de este tema y representa un aspecto importante en la vida de la población Geriátrica.
- Romper con paradigmas establecidos de la sexualidad en el adulto mayor, abriendo un canal de comunicación como personal de salud involucrado en el bienestar físico y emocional del adulto mayor.
- Proponer la evaluación de la sexualidad del adulto mayor como parte de la Valoración Geriátrica Integral, y en caso de presentar alteraciones a este nivel brindar el apoyo médico, psicológico, etc.
- Los resultados serán publicados en revistas de prestigio nacional e internacional, así como en congresos nacionales e internacionales.

### 8.5.7 RECURSOS

#### RECURSOS HUMANOS:

El servicio de geriatría cuenta con la población necesaria para la realización de este protocolo de investigación. De igual manera, contaríamos con el apoyo de médicos geriatras quienes realizarán la evaluación geriátrica a los pacientes y proporcionando un diagnóstico clínico de deterioro cognitivo leve o demencia

#### RECURSOS MATERIALES:

- Computadora laptop
- Impresora
- Hojas blancas
- Tinta para impresora

## 9. RESULTADOS

El estudio realizado fue descriptivo y transversal, con una muestra de 60 pacientes mayores de 70 años de edad que acudieron a valoración a la consulta externa del servicio de Geriátría del Hospital General de México, en la Ciudad de México.

En la tabla N° 1 se observan las características sociodemográficas de la población total del estudio, encontrándose el género femenino con 50% mientras que el género masculino está representado por el 50% del total de la población. Dentro del rango de edad, la edad media en años fue de 78.65 (DE±6.183). Con respecto al estado civil de nuestra población de estudio se encontró que el 51.7% de los pacientes encuestados son casados, continuando el 30% de los pacientes viudos, 6.7% de solteros, 6.7% de divorciados y 5% en unión libre. En cuanto a la religión, 90% católicos, 5% cristianos, 3.3% sin religión, y 3.3% testigos de Jehová La media de años de escolaridad fue de 5 años con (DE±4.14).

La ocupación de los pacientes interrogados fue que el 48.3% se dedican al hogar, 23.3% se dedican a profesiones no especificadas, 20% son desempleados, y 8.3% son comerciantes. Para la vivienda, el 31.7% viven con la pareja, 30% viven con sus hijos, 26.7% con su pareja e hijos, 6.7% viven solos y 5% vive con otras personas como (nietos, sobrinos, amigos, etc.). La media para el número de enfermedades crónicas es de 1.8 (DE±1). La media para el número de medicamentos es de 1.6 (DE±1.01).

Para la breve valoración geriátrica que se realizó en el estudio se tomaron variables como: uso de auxiliar de la marcha, en donde el 66.7% no utilizan algún auxiliar, el 21.7% usan bastón, 10% uso de andadera, y 1.7% uso de silla de ruedas. El 61.7% tienen déficit visual y el 38.3% tienen déficit auditivo. La funcionalidad evaluada con la escala de Lawton y Brody el 85% son independientes para las actividades instrumentadas de la vida diaria, y el 15% son dependientes, con media de 6.2 (DE±1.61).

Otros factores de riesgo analizados fueron el estado cognitivo y estado psicoafectivo. Se observó que el 80% de los pacientes interrogados no tenían alteraciones a nivel cognitivo, mientras que el 20% ya tenían deterioro cognitivo leve, con una media de minimental en estos pacientes de 21.56 (DE±2.1). El 70% de los pacientes no tenían depresión, mientras que el 30% si presentaba depresión, con una media de la escala de GDS de 5.26 (DE±1.1) De los pacientes el 76.7% tienen uso de psicofármacos, y el 23.3% no usan medicamentos de este tipo.

Para las características sexuales de la población estudio se realizó una historia clínica sexual. El 80% de la población estudiada ya no son

sexualmente activos, esto es debido a varios motivos, dentro de los más importantes son: enfermedad propia (13.3%), infidelidad de la pareja (6.7%), no tienen pareja (33.3%), enfermedad de la pareja (8.3%), no tienen deseo (8.3%), pareja no tiene deseo (8.3%) y finalmente tienen una mala relación con la pareja (1.7%). La media en años sin vida sexual activa es de 17 (DE±13.56).

De los encuestados el 58.3% no tienen pareja actualmente. La media de la edad de la pareja de los que aún tienen es de 73.7 con (DE±9). El número de comorbilidades de la pareja es de 2.23 (DE±1.5).

La media del inicio de vida sexual es de 19.4 (DE±4.5), el 100% de los encuestados es heterosexual. El número de parejas sexuales es de 13 (DE±64.89). Es importante mencionar que un paciente entrevistado refirió que el número de parejas sexuales era de aproximadamente 500 mujeres, por lo que la desviación estándar es muy amplia.

De los métodos de protección se encuentra que el 83.3% no usaban algún método, el 5% uso de preservativo, el 5% DIU, 1.7% OTB, 3.3% Anticonceptivos orales, y 1.7% vasectomía. El 85% no tiene, ni tuvo enfermedades de transmisión sexual, y el 15% presentaron estas enfermedades siendo las más frecuentes, sífilis, y ladillas. El 88.3% no se masturban y el 50% aún tienen deseo.

Dentro de los resultados del Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) el 66.7% presentan problemática sexual, y el 33.3% no tienen problemática sexual. Con media de 1.67 (DE±1.25).

En la tabla 2 se realizó la comparación de las mismas características demográficas entre las personas sexualmente activas (N=12) y las sexualmente inactivas (N=48) donde se observó, que el sexo es un factor que influye para continuar sexualmente activos, siendo los hombres el 83.3% de los pacientes sexualmente activos, y las mujeres el 16.7% encontrando una diferencia estadística significativa.

Otra de las características que tuvo significancia estadística entre los sexualmente activos y sexualmente inactivos fue la Geriatric Depression Scale, en los pacientes que tenían diagnóstico de depresión, siendo el puntaje menor para pacientes que son sexualmente inactivos. De igual forma los pacientes que son sexualmente activos el 100% de ellos tenía pareja actual, en comparación de los pacientes sexualmente inactivos donde el 52.1% no tenían pareja actual y el 47.9% aun teniendo pareja no eran sexualmente activos.

En los sexualmente activos, el número de comorbilidades de la pareja era de 1.08 (DE  $\pm$ 0.99), en comparación con los sexualmente inactivos de 2.52 (DE $\pm$ 1.5). El inicio de vida sexual, de igual forma tuvo significancia donde se observa que los pacientes que son sexualmente activos inician su vida sexual a edades más tempranas con media de 17.75 años (DE $\pm$ 1.4).

En el número de años sin vida sexual activa entre los pacientes en los que aún tienen vida sexual activa e inactiva, los pacientes que aún tienen vida sexual activa presentan una media de 2 años (DE $\pm$ 1.41) sin tener relaciones sexuales, en comparación con los pacientes que son sexualmente inactivos con una media de 17.74 años (DE $\pm$  13.47).

En el cuestionario de Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) también se observó significancia estadística en los rubros del puntaje total, así como en los pacientes donde se identificó problemática sexual vs, los que no tenían problemática sexual. Siendo la media para los pacientes sexualmente activos de 2.7 puntos del cuestionario (DE $\pm$ 1.31) Y aquellos sexualmente inactivos 1.39 puntos con DE $\pm$ 1.08). En los pacientes sexualmente activos, el 75% no presentan problemática sexual, y de los sexualmente inactivos el 77.1% presentan problemática sexual.

La edad, estado civil, religión escolaridad, presencia de enfermedades crónicas, uso de medicamentos, vivienda, uso de auxiliar de la marcha, alteraciones sensoriales como déficit auditivo y visual, alteraciones en estado cognitivo, uso de psicofármacos, método de protección, edad de la pareja, enfermedades de transmisión sexual, masturbación, deseo, escala de Lawton y Brody y dependencia funcional sin significancia estadística.

En la tabla N° 3 que se refiere a la comparación de las características sociodemográficas de la población entre hombres y mujeres. Se observaron diferencias entre estos grupos. Como el estado civil. En las mujeres el 43.3 de ellas son viudas, en comparación con los hombres donde el 16.7% son viudos, el 30% de las mujeres son casadas, y el 73.3% de los hombres son casados, ningún hombre es soltero, y las mujeres el 13.3% lo son.

En cuanto a la ocupación, el 90% de las mujeres se dedican al hogar y el 43.3% de los hombres se dedican a diversas ocupaciones, y el 40% son desempleados. En la vivienda, el 50% de las mujeres viven con sus hijos, y el 43.3% de los hombres viven con la pareja y 40% de ellos viven con pareja e hijos.

Del uso de auxiliares de la marcha el 83% de los hombres no utilizan algún auxiliar, y el 13.3% utiliza bastón, a diferencia de las mujeres quienes el 50% no utilizan auxiliar, y el 30% usa bastón, 16.7% uso de andadera.

La depresión en comparativa entre hombres y mujeres es más frecuente en las mujeres encontrando que el 46.7% tienen depresión, y los hombres el 13.3% presentan depresión.

En cuanto a la sexualidad el 93.3% de las mujeres encuestadas no tienen vida sexual activa, y los hombres el 66.7%. La presencia de pareja actual, es diferente entre hombres y mujeres, donde observamos que el 83.3% de los hombres tienen pareja y solo el 33.3% de las mujeres tienen pareja. De los que tienen pareja, la edad media de esta es de 80.2 años (DE±5.77) para mujeres y para hombres de 71.2 años (DE±8.92).

Dentro de las causas por las que no son sexualmente activos se encontró que el 53.3% de las mujeres no tienen pareja, seguido de la ausencia de deseo del 16.7% y debido a enfermedades de la pareja 13.3%. En comparación los hombres el 23.3% por enfermedades propias, el 16.7% refieren que la pareja no tiene deseo, y 13.3% tienen pareja sin deseo.

El inicio de vida sexual fue para las mujeres a los 21.1 años con (DE±5.54) y los hombres con 17.69 (DE±2.34). El número de parejas sexuales en las mujeres fue de 1.53 (DE±0.86), y en hombres de 24.47 (DE±91.07). Esta DE se vió influenciada ya que se encontró un paciente que refirió 500 parejas sexuales a lo largo de su vida. La mayoría de estas parejas eran sexoservidoras. Solo 2 de las personas encuestadas refirieron tener encuentros con sexo servidoras.

El número de años sin vida sexual activa es en mujeres de 22.61 años (DE±13.6), y en hombres de 9.35 (DE±9.16). Al interrogar acerca de la masturbación el 96.7% de las mujeres no realizan dicha práctica y los hombres el 80% tampoco la realizan.

Al realizar el cuestionario Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) , el 86.7% de las mujeres presentan problemática sexual, y en hombres el 46.7%. La media del puntaje del cuestionario fue de 1.02 puntos (DE±1.03) para mujeres y para hombres de 2.32 puntos (DE±1.12).

En la tabla N°4 del cuestionario Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) comparado entre personas sexualmente activas y las sexualmente inactivas. Se encontró que los sexualmente inactivos tienen la excitación totalmente disminuida en un 64.6% y los sexualmente activos el 66.7% la tienen normal. La erección

entre pacientes sexualmente activos el 33.3% presentan una erección normal. El orgasmo en los sexualmente inactivos el 87.5% está totalmente disminuido, y en los sexualmente activos el 41.7% tienen orgasmos normales y el 33.3% está totalmente disminuido. Y la satisfacción general en los sexualmente inactivos el 66.7% es normal, y en los sexualmente activos el 83.3% es normal.

En la tabla N° 5 del cuestionario Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) comparado entre hombres y mujeres se mostraron diferencias estadísticamente significativas en todos los rubros. Se observó que el 76.7% de las mujeres tienen interés totalmente disminuido, y el 43.3% de los hombres lo tienen normal. La excitación en las mujeres el 80% está normal y en hombres el 40% de los hombres está normal. El 93.3% de las mujeres el orgasmo está totalmente disminuido y en hombres el 60%. La satisfacción general en el 60% de las mujeres esta normal y en hombres el 80%. Para la erección, el 36.7% está totalmente disminuido, 33.3% normal y 16.7% moderadamente disminuido.

Para determinar la relación de la funcionalidad y la sexualidad se observó que los pacientes que no tienen problemática sexual el 80% de ellos son independientes para las actividades instrumentadas de la vida diaria, y de los pacientes con problemática sexual el 87.5% son independientes. No encontrando que no es estadísticamente significativo con  $p = 0.342$ .

## 10. DISCUSIÓN:

Este es el primer estudio realizado en el Hospital General de México, en el que se analiza la relación entre la sexualidad y la funcionalidad en adultos mayores de 70 años.

En la población estudiada observamos que el 15% de los pacientes presentaba dependencia para las actividades instrumentadas de la vida diaria. En cuanto a la presencia de enfermedades crónico degenerativas encontramos una media de 1.8 (DE± 1.0), alteraciones sensoriales: déficit visual 61.7%, déficit auditivo 23 (38.3%), deterioro cognitivo (20%), y depresión 42 (70%).

De la incidencia de sexualidad en los adultos mayores observamos que el 20% (12 pacientes) de la población permanece sexualmente activos, comparando con el estudio publicado en The New England Journal of Medicine (2007), donde se mostró que a partir de los 65 años disminuye la prevalencia de la sexualidad, en mayores de 75 años disminuye hasta el 26%. Lo que se encuentra similar a los hallazgos de nuestro estudio.

En comparación de la población sexualmente activa, El 83.3% (10 pacientes) corresponden a hombres y 16.6% (2 pacientes) de los pacientes a mujeres. Siendo más frecuente para los hombres permanecer con vida sexual activa.

En el mismo estudio se abordó el tema de la comunicación con el personal médico en temas de sexualidad donde el 38% de los hombres y 22% de las mujeres habían hablado de este tema con su médico. En este estudio ninguno de los pacientes encuestados había compartido esta información con el médico.

De los pacientes estudiados, el 41.7% tiene pareja actual, mientras que el 58.3% no tiene, las mujeres el 33.3% y los hombres el 83.3% aún tienen pareja actual. Lo que corresponde a lo descrito en la literatura donde se observa que el 79.9% de los hombres presenta pareja y en las mujeres disminuye hasta el 57.8%.

En el estudio publicado por Lindau se observó que las personas que continúan sexualmente activas, reportaban muy buena o excelente salud. En este estudio, aunque no se evaluó eso específicamente, la asociación con funcionalidad entre los sexualmente activos e inactivos no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que no correlaciona, sin embargo la percepción de salud en ellos no fue evaluada.

Sin embargo, las enfermedades crónicas, el uso de medicamentos, el uso de auxiliares de la marcha, alteraciones sensoriales, estado cognitivo, presencia

de depresión, no correlacionaba con la presencia del permanecer sexualmente activos.

El interés en la sexualidad de acuerdo a reportes de la literatura, el 70% de los hombres y el 50% de las mujeres reportan interés sexual. En este estudio, el 43.3% de los hombres tienen interés y las mujeres 20%. La masturbación fue similar en ambos grupos, donde el 80% de los hombres y el 96.7% de las mujeres no realizan dicha práctica.

Las edades medias de las parejas en hombres fueron de 71.2 (DE±5.77) y en mujeres de 80.2 (DE±8.92). Encontrando que los hombres tienden a tener parejas más jóvenes que las mujeres, relacionado también a la mayor esperanza de vida en las mujeres.

En los resultados del cuestionario Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) el 75% tiene alteración en el deseo, el 76.7% de las mujeres presenta alteraciones en el interés, 80% en la excitación, 93.3% orgasmo, y en la satisfacción 60% de las pacientes se encuentra normal. En hombres, el 56.3% tiene alteraciones en el deseo, el 43.3% alteraciones en el interés, el 30% en la excitación, 36.7% en la erección, 60% en el orgasmo y en la satisfacción general el 80% se encuentra normal.

En comparación donde se validó este instrumento se reporta que entre el 70.9% y el 81% de mujeres presentan alteraciones en el deseo, en la excitación (75.6-90.5%), orgasmo 75.9-85.7% y en la satisfacción 68.4-75%. Y en hombres deseo e interés 47.3-61.1%, excitación 46.3-72.2%, orgasmo 40-77.8%, erección 57.4-82.4% y en la satisfacción general 47.3-61.1%.<sup>(47)</sup>

Estos resultados son comparables entre ambos estudios, en donde se observaron diferencias entre la validación del instrumento y nuestro estudio fue en la satisfacción general tanto en hombres como mujeres, ya que en nuestra población aunque tienen problemática sexual en todas las demás áreas, la percepción de la satisfacción general es adecuada.

Esto puede ser debido a factores culturales debido a la ideología previamente descrita que el adulto mayor es un ser asexual, y que ya no está permitido tener interés, etc. Por lo que el adulto mayor aprende a vivir con estos cambios. Aunque la satisfacción general se encuentre normal no traduce que no tengan problemática sexual.

## 11. CONCLUSIONES

Este estudio demostró que no tiene relación la funcionalidad con la sexualidad y aunque la hipótesis no es estadísticamente significativa se demostró es que existen múltiples factores que influyen en la sexualidad del adulto mayor, en la forma de expresión, en la autopercepción y el rol tan importante que sigue representando este tema en los adultos mayores como se describe en la literatura.

El estudio demostró que las mujeres son la población más afectada en la cuestión sexual, ya sea debido a que las mujeres presentan mayor esperanza de vida, encontrando mayor cantidad de pacientes viudas, o sin pareja, lo que conlleva a que ya no tengan esa cercanía íntima.

Asimismo la mujer por cuestiones biológicas pierde el deseo por supresión del estímulo hormonal, y es aquí donde los factores culturales guardan importancia ya que en este estudio se observó que muchas de las mujeres que permanecían sexualmente activas a partir de la octava década de la vida era debido a que la pareja persistía con deseo y para continuar satisfaciendo estas necesidades de la pareja continuaba con vida sexual activa, pese a la disminución del deseo.

Lo más importante de este estudio que se realizó es el acercamiento a este tema olvidado. A diferencia de lo que uno pensaría con respecto a la respuesta de los adultos mayores ante la posibilidad de expresar su sentir, experiencias o dudas con respecto a la sexualidad se observó una aceptación en compartir dicha información. Por el contrario, al hablar de este tema, favorecía el acercamiento hacia el personal médico que realizó la encuesta abriendo un canal de comunicación.

La propia percepción de la sexualidad del personal que aplique las escalas o únicamente se acerque a hablar del tema también influye en la aceptación del paciente para expresar sus vivencias, preocupaciones o compartir experiencias. Otra de las propuestas es enseñar al personal de salud a familiarizarse con el tema. El sentirnos cómodos con nuestra propia piel hará que todas las personas a nuestro alrededor lo sientan de la misma forma.

Se propone como parte del estudio dar seguimiento a este tema e incluirlo dentro de la valoración Geriátrica Integral. También se propondrá una nueva escala de tamizaje para identificar problemática sexual en el adulto mayor y así tener mejores herramientas ajustadas a la edad y el entorno en el que nos encontramos.

No olvidemos que como seres humanos, tenemos necesidades de afecto desde el nacimiento hasta el final de nuestra vida, y la forma en la que lo expresamos va cambiando a lo largo del tiempo.

La sexualidad es una muestra de amor. Favorezcamos estas muestras de amor en las personas de forma responsable.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model*. 2015;53(9): 1689-99
2. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb
3. Zuñiga Herrera Elena, Vega María Elena, Mendoza Daniel, Mendoza María Eulalia. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Envejecimiento de la Población de México: Reto del siglo XXI. 2004; 11-42
4. Carrasco-Peña KB, Farías-Moreno K, Trujillo-Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(1):23-5.
5. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria*. 2015;47(6):329-35.
6. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczky M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008
7. Cruz AJ. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. 2006. Prous Science SA
8. Sitjas Molina E, San José Laporte A, Armadans Gil L, Mundet Tuduri X, Vilardell Tarrés M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*. 2003;32(5):282-7.
9. Trigás M, Ferreira L, Meiji H. Escalas de valoración funcional en el anciano, *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-6.
10. William B, John P Blass, Franklin Williams. Instruments for the functional assesment of older patients. *New Eng Journal Med*, 1990; 322: 1207-1214
11. Katz S. Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):721-727.
12. Barberger-Gateau P, Commenger D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues J-F. Instrumental Activities of Daily Living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(11):1129-34
13. Cromwell DA, Eagar K, Poulos RG. The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for cognitive impairment in elderly community residents. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(2):131-7.
14. Graf C, The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *Am J Nurs*. 2008;108(4) 52-62
15. Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. The development of insidious

- disability in activities of daily living among community-living older persons. *Am J Med* 2004; 117: 484-491.
16. World Health Organization (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators* (Report No. WHO/RHR/10.12). Geneva, Switzerland.
  17. Ni Lochlainn M, Kenny RA. Sexual activity and aging. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14:565-72.
  18. Alagiakrishnan K, Lim D, Brahim A, Wong A, Wood A, Senthilselvan A, et al. Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgrad Med J* 2005; 81: 463- 6
  19. Lochlainn MN, Kenny RA. Sexual activity and aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Aug; 14(8): 565–72.
  20. Pope Francis. *Amoris Laetitia*. Post sinodal apostolic exhortation. Rome: Librería Editrice Vaticana; 2016
  21. Brogan M. The sexual needs of elderly people: addressing the issue. *Nurs Stand* 1996; 10: 42-5.
  22. Choi KB, Jang SH, Lee MY, Kim KH. Sexual life and self-esteem in married elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011; 53:17-20.
  23. Masters WH, Johnson VE. The sexual response of the human male. I. Gross anatomic considerations. *West J Surg Obstet Gynecol* 1963; 71:85-95.
  24. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C, GSSAB Investigators' Group. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: The global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol*. 2006;24: 423-8.
  25. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability simple of men and women 57-87 years of age. *J Sex Med* 2008;5:2300-11.
  26. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. *Rev Obstet Gynecol* 2012;5:16–27.
  27. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1: 35–9.
  28. Avis NE, Brockwell S, Randolph Jr JF, Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the study of women's health across the nation. *Menopause* 2009; 16: 442–52.
  29. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):762–74.
  30. Kasif Talia, Tova Band- Winterstein, Older widows perspectives on sexuality: A life course perspective; *Journal of Aging Studies* 41 (2017), 1-9

31. Addis IB, Ireland CC, Vittinghoff E, Lin F, Stuenkel CA, Hulley S. Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol* 2005; 106:121–7.
32. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med* 2016; 13: 153-67.
33. Thomas DR. Medications and sexual function. *Clin Geriatr Med* 2003; 19: 553–62.
34. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ.* 2013 Sep 1;91(9):707–9.
35. Wright H Jenks RA. Sex on the brain! Associations between sexual activity and cognitive function in older age. *Age Ageing* 2016;45:313-7.
36. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C; Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology.* 2004 Nov; 64(5):991–7.
37. Brenoff A. Dementia and sex: what was really on trial with Henry Rayhons. *Huffington Post.* 23 April 2015.
38. Kasif T, Band-Winterstein T. Older widows perspectives on sexuality: A life course perspective. *J Aging Study.* 2017;41:1–9.
39. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ.* 2010;340(7746):580
40. Morton L. Sexuality in the Older Adult. *Prim Care - Clin Off Pract.* 2017;44(3):429–38.
41. Kasif Talia, Band-Winterstein Tova. Older widows perspectives on sexuality: A life course perspective. *Journal of Aging Studies* 2017: 41:1-9.
42. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Moyano N, Granados MR, Sánchez-Fuentes M del M. Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Rev Int Andrología* 2014;12(2):64–70.
43. M. Fava, M.A. Rankin, J.E. Alpert, A.A. Nierenberg, J.J. Worthington. An open trial of oral sildenafil in antidepressant-induced sexual dysfunction *Psychother Psychosom.* 67 (1998), 328-331
44. L.A. Labbate, S.B. Lare. Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire *Psychother Psychosom.* 2001; 70. 221-225
45. F. Quirk, S. Haughie, T. Symonds. The use of the sexual function questionnaire as a screening tool for women with sexual dysfunction *J Sex Med.* 2 (2005), pp. 469-477 .
46. Marchal-Bertrand Laurent, Espada José Pedro, Morales Alejandra, Gómez Lugo Mayra, Soler Franklin, Vallejo-Medina Pablo. Adaptation, validation and reliability of the Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire in a Colombian sample and factorial equivalence

with the Spanish version. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2016;48, 88-97

47. Sierra Juan Carlos, Vallejo-Medina Pablo, Santos –Iglesias Pablo, Lameiras Fernández María. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria* a.2012;44(9):516-526.

### 13. ANEXOS



DR. EDUARDO LICEAGA

“Relación entre la sexualidad y la funcionalidad en adultos mayores de 70 años mexicanos”

#### 13.1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE				ECU	
EDAD		ESTADO CIVIL		RELIGIÓN	
ESCOLARIDAD			OCUPACIÓN		
ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS			MEDICACIÓN ACTUAL		

VALORACIÓN GERIÁTRICA:

VIVIENDA	SOLO		PAREJA		HIJOS		INSTITUCIONALIZADO	
----------	------	--	--------	--	-------	--	--------------------	--

MARCHA	NINGUNO		BASTÓN		ANDADERA		SILLA DE RUEDAS	
--------	---------	--	--------	--	----------	--	-----------------	--

DÉFICIT VISUAL	SI	NO	DÉFICIT AUDITIVO	SI	NO
----------------	----	----	------------------	----	----

COGNITIVO	PRESERVADO		ALTERADO		MINIMENTAL	Puntos
PSICOAFECTIVO	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		GDS *	Puntos
USO DE PSICOFÁRMACOS						

HISTORIA SEXUAL:

VIDA SEXUAL ACTIVA	SI	NO	PAREJA ACTUAL		EDAD DE LA PAREJA	
--------------------	----	----	---------------	--	-------------------	--

\* Geriatric Depression Scale

COMORBILIDADES DE LA PAREJA					
-----------------------------	--	--	--	--	--

INICIO DE VIDA SEXUAL		PREFERENCIA SEXUAL	HETEROSEXUAL		HOMOSEXUAL		OTROS	
-----------------------	--	--------------------	--------------	--	------------	--	-------	--

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES		MÉTODO DE PROTECCIÓN			
----------------------------	--	----------------------	--	--	--

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	SI	NO	CUALES?		FECHA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL	
------------------------------------	----	----	---------	--	------------------------------	--

FRECUENCIA		MASTURBACIÓN		DESEO	
------------	--	--------------	--	-------	--

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL- SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ)	Totalmente disminuido	Marcadamente disminuido	Moderadamente disminuido	Minimamente disminuido	Normal
¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	0	1	2	3	4
¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir Excitación sexual en el último mes?	0	1	2	3	4
¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	0	1	2	3	4
¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?	0	1	2	3	4
¿Cómo calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4
<b>TOTAL:</b>	<b>PUNTOS</b>				



GERIATRÍA  
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148  
Colonia Doctores  
Delegación Cuauhtémoc  
México, D.F. 06720

Con +52 (55) 2789 2000  
Ext 1059

“Relación entre la sexualidad y la funcionalidad en adultos mayores de 70 años mexicanos”

### 13.2. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

	ASPECTO A EVALUAR	PUNTOS	
1	CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	1	
		1	
		1	
		0	
		0	
2	HACER COMPRAS - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	1	
		0	
		0	
		0	
		0	
3	PREPARACIÓN DE LA COMIDA - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1	
		0	
		0	
		0	
		0	
4	CUIDADO DE LA CASA - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	1	
		1	
		1	
		1	
		0	
5	LAVADO DE LA ROPA - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro	1	
		1	
		0	
		0	
6	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	1	
		1	
		1	
		0	
		0	
		0	
7	RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN - Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas - Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas - No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	1	
		0	
		0	
		0	
8	CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO - Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos - Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos etc. - Incapaz de manejar el dinero	1	
		1	
		0	
		0	
		0	
<b>TOTAL</b>			

13.3. TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

TABLA N° 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	
VARIABLE	VALOR
<b>Sexo: "n(%)"</b>	
Mujer	30 (50%)
Hombre	30 (50%)
<b>Edad "media (±DE)"</b>	78.65 ± 6.183
<b>Estado Civil "n(%)"</b>	
Soltero	4 (6.7%)
Casado	31 (51.7%)
Viudo	18 (30%)
Divorciado	4 (6.7%)
Unión Libre	3 (5%)
<b>Religión "n(%)"</b>	
Católicos	54 (90%)
Cristianos	3 (5%)
Testigo de Jehová	1 (1.7%)
Ninguna	2 (3.3%)
<b>Escolaridad (años) "media (±DE)"</b>	5 ± 4.14
<b>Ocupación "n(%)"</b>	
Hogar	29 (48.3%)
Comerciante	5 (8.3%)
Desempleado	12 (20%)
Otros	14 (23.3%)
<b>Número de enfermedades crónicas "media (±DE)"</b>	1.8 ± 1.0
<b>Número de medicamentos "media (±DE)"</b>	1.6 ± 1.01
<b>Vivienda "n(%)"</b>	
Solo	4 (6.7%)
Pareja	19 (31.7%)
Hijos	18 (30%)
Pareja / Hijos	16 (26.7%)
Otro	3 (5%)
<b>Auxiliar de la Marcha "n(%)"</b>	
Bastón	13 (21.7%)
Andadera	6 (10%)
Silla de Ruedas	1 (1.7%)
Ninguno	40 (66.7%)
<b>Déficit Visual "n(%)"</b>	
Si	37 (61.7%)
No	23 (38.3%)
<b>Déficit Auditivo "n(%)"</b>	
Si	23 (38.3%)
No	37 (61.7%)
<b>Cognición "n(%)"</b>	
Sin deterioro cognitivo	48 (80%)
Con deterioro cognitivo	12 (20%)
<b>Minimal en pacientes con deterioro cognitivo "media (±DE)"</b>	21.58 ± 2.1
<b>Psicoafectivo "n(%)"</b>	
Sin depresión	42 (70%)
Con depresión	18 (30%)
<b>Uso de psicofármacos "n(%)"</b>	
Si	46 (76.7%)
No	14 (23.3%)
<b>Sexualmente activos "n(%)"</b>	
Si	12 (20%)
No	48 (80%)
<b>Pareja Actual "n(%)"</b>	
Si	25 (41.7%)
No	35 (58.3%)
<b>Edad de la pareja "media (±DE)"</b>	73.7 ± 9
<b>Número de comorbilidades de la pareja "media (±DE)"</b>	2.23 ± 1.5
<b>Causas por las que no son sexualmente activos "n(%)"</b>	
Enfermedad Propia	8 (13.3%)
Infidelidad de la pareja	4 (6.7%)
Sin pareja	20 (33.3%)
Enfermedad de la pareja	5 (8.3%)
Sin deseo	5 (8.3%)
Pareja sin deseo	5 (8.3%)
Mala relación con la pareja	1 (1.7%)
<b>Inicio de vida sexual activa "media (±DE)"</b>	19.4 ± 4.5

<b>Preferencia Sexual "n(%)"</b>	
Heterosexual	60 (100%)
<b>Número de parejas sexuales "media (±DE)"</b>	13 ±64.89
<b>Método de protección "n(%)"</b>	
Ninguno	50 (83.3%)
Preservativo	3 (5%)
DIU	3 (5%)
OTB	1 (1.7%)
Anticonceptivos orales	2 (3.3%)
Vasectomía	1 (1.7%)
<b>Enfermedades de transmisión sexual "n(%)"</b>	
Si	9 (15%)
No	51 (85%)
<b>Número de años sin vida sexual activa "media (±DE)"</b>	17 ± 13.56
<b>Masturbación "n(%)"</b>	
Si	7 (11.7%)
No	53 (88.3%)
<b>Deseo "n(%)"</b>	
Si	30 (50%)
No	30 (50%)
<b>Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) "media (±DE)"</b>	1.67 ±1.25
<b>Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) "n(%)"</b>	
Con problemática sexual	40 (66.7%)
Sin problemática sexual	20 (33.3%)
<b>Escala de Lawton y Brody "media (±DE)"</b>	6.2 ±1.61
<b>Funcionalidad "n(%)"</b>	
Dependiente	9 (15%)
Independiente	51 (85%)

13.4. TABLA N°2 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ENTRE PERSONAS SEXUALMENTE ACTIVAS Y SEXUALMENTE INACTIVAS.

TABLA N° 2. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ENTRE PERSONAS SEXUALMENTE ACTIVAS Y SEXUALMENTE INACTIVAS			
VARIABLE	SEXUALMENTE ACTIVOS (n=12)	SEXUALMENTE INACTIVOS (n=48)	p
<b>Sexo: "n(%)"</b>			0.010
Mujer	2 (16.7%)	28 (38.3%)	
Hombre	10 (83.3%)	20 (41.7%)	
<b>Edad "media (±DE)"</b>	78.42 ± 8.2	78.71 ± 5.66	0.853
<b>Estado Civil "n(%)"</b>			0.108
Soltero	0(0%)	4 (8.3%)	
Casado	10 (83.3%)	21 (43.8%)	
Viudo	1 (8.3%)	17(35.4%)	
Divorciado	0 (0%)	4 (8.3%)	
Unión Libre	1 (8.3%)	2 (4.2%)	
<b>Religión "n(%)"</b>			0.780
Católicos	11 (91.7%)	43 (89.6%)	
Cristianos	1 (8.3%)	2 (4.2%)	
Testigo de Jehová	0 (0%)	1 (2.1%)	
Ninguna	0 (0%)	2 (4.2%)	
<b>Escolaridad (años) "media (±DE)"</b>	4.33 ± 82.5	5.17 ± 4.4	0.403
<b>Número de enfermedades crónicas "media (±DE)"</b>	1.67 ±0.98	1.83 ±1.07	0.613
<b>Número de medicamentos "media (±DE)"</b>	1.58 ±0.9	1.6 ±1.02	0.949
<b>Vivienda "n(%)"</b>			0.138
Solo	0(0%)	4 (8.3%)	
Pareja	6 (50%)	13 (27.1%)	
Hijos	1 (8.3%)	17 (35.4%)	
Pareja / Hijos	5 (41.7%)	11 (22.9%)	
Otro	0 (0%)	3 (6.3%)	
<b>Auxiliar de la Marcha "n(%)"</b>			0.442
Bastón	4 (33.3%)	9 (18.8%)	
Andadera	0 (0%)	6 (12.5%)	
Silla de Ruedas	0 (0%)	1 (2.1%)	
Ninguno	8(66.7%)	32 (66.7%)	
<b>Déficit Visual "n(%)"</b>			0.288
Si	9 (75%)	28 (58.3%)	
No	3 (25%)	20 (41.7%)	
<b>Déficit Auditivo "n(%)"</b>			0.288
Si	3 (25%)	20 (41.7%)	
No	9 (75%)	28 (58.3%)	
<b>Cognición "n(%)"</b>			0.628
Sin deterioro cognitivo	9 (75%)	39 (81.3%)	
Con deterioro cognitivo	3 (25%)	9 (18.8%)	
<b>Minimental en pacientes con deterioro cognitivo "media (±DE)"</b>	20 ±2	22.11 ±2.0	0.200
<b>Psicoafectivo "n(%)"</b>			0.260
Sin depresión	9 (75%)	39 (81.3%)	
Con depresión	3 (25%)	9 (18.8%)	
<b>GDS en pacientes con depresión "media (±DE)"</b>	6 ± 0	5.24 ±1.14	0.014
<b>Uso de psicofármacos "n(%)"</b>			0.542
Si	2 (16.7%)	36 (75%)	
No	10 (83.3%)	12 (25%)	
<b>Pareja Actual "n(%)"</b>			0.001
Si	12 (100%)	23 (47.9%)	
No	0 (0%)	25 (52.1%)	
<b>Edad de la pareja "media (±DE)"</b>	70.42 ± 13.2	75.52 ± 5.41	0.224
<b>Número de comorbilidades de la pareja "media (±DE)"</b>	1.08 ±0.99	2.52 ±1.5	0.001
<b>Inicio de vida sexual activa "media (±DE)"</b>	17.75 ±1.4	19.85 ±5.0	0.016
<b>Número de parejas sexuales "media (±DE)"</b>	9.75 ±22.56	13.81 ± 71.85	0.741
<b>Método de protección "n(%)"</b>			0.323
Ninguno	10 (83.3%)	40 (83.3%)	
Preservativo	1 (8.3%)	2 (4.2%)	
DIU	0 (0%)	3 (6.3%)	
OTB	0 (0%)	1 (2.1%)	
Anticonceptivos orales	0 (0%)	2 (4.2%)	
Vasectomía	1 (8.3%)	0 (0%)	

<b>Enfermedades de transmisión sexual "n(%)"</b>			0.580
Si	2 (16.7%)	7 (14.6%)	
No	10 (83.3%)	41 (85.4%)	
<b>Número de años sin vida sexual activa "media (±DE)"</b>	<b>2.00 ±1.41</b>	<b>17.74 ± 13.47</b>	<b>0.001</b>
<b>Masturbación "n(%)"</b>			0.680
Si	1 (8.3%)	6 (12.5%)	
No	11 (91.7%)	42 (87.5%)	
<b>Deseo "n(%)"</b>			0.530
Si	9 (75%)	21 (43.8%)	
No	3 (25%)	27 (56.3%)	
<b>Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) "media (±DE)"</b>	<b>2.7 ± 1.31</b>	<b>1.39 ±1.08</b>	<b>0.004</b>
<b>Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) "n(%)"</b>			0.001
Con problemática sexual	3 (25%)	37 (77.1%)	
Sin problemática sexual	9 (75%)	11 (22.9%)	
<b>Escala de Lawton y Brody "media (±DE)"</b>	<b>6.08 ±1.5</b>	<b>6.33 ±1.6</b>	<b>0.620</b>
<b>Funcionalidad "n(%)"</b>			0.857
Dependiente	2 (16.7%)	7 (14.6%)	
Independiente	10 (83.3%)	41 (85.4%)	

13.5. TABLA N°3 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES

TABLA N° 3. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES			
VARIABLE	FEMENINO (n=30)	MASCULINO (n=30)	p
<b>Edad "media (±DE)"</b>	78.8 ±6.8	78.5 ±5.5	0.853
<b>Estado Civil "n(%)"</b>			0.006
Soltero	4 (13.3%)	0 (0%)	
Casado	9 (30%)	22 (73.3%)	
Viudo	13 (43.3%)	5 (16.7%)	
Divorciado	3 (10%)	1 (3.3%)	
Unión Libre	1 (3.3%)	2 (6.7%)	
<b>Religión "n(%)"</b>			0.704
Católicos	28 (93.3%)	26 (86.7%)	
Cristianos	1 (3.3%)	2 (6.7%)	
Testigo de Jehová	0(0%)	1 (3.3%)	
Ninguna	1(3.3%)	1 (3.3%)	
<b>Escolaridad (años) "media (±DE)"</b>	5.4 ±4.7	4.6 ±3.4	0.459
<b>Ocupación</b>			0.001
Hogar	27 (90%)	2 (6.7%)	
Comerciante	2 (6.7%)	3 (10%)	
Desempleado	0 (0%)	12 (40%)	
Otros	1 (3.3%)	13 (43.3%)	
<b>Número de enfermedades crónicas "media (±DE)"</b>	1.8 ±1.07	1.7 ±1.04	0.628
<b>Número de medicamentos "media (±DE)"</b>	1.67 ±0.88	1.53 ±1.13	0.614
<b>Vivienda "n(%)"</b>			0.003
Solo	3 (10%)	1 (3.3%)	
Pareja	6 (20%)	13 (43.3%)	
Hijos	15 (50%)	3 (10%)	
Pareja / Hijos	4 (13.3%)	12 (40%)	
Otro	2 (6.7%)	1 (3.3%)	
<b>Auxiliar de la Marcha "n(%)"</b>			0.032
Bastón	9 (30%)	4 (13.3%)	
Andadera	5 (16.7%)	1 (3.3%)	
Silla de Ruedas	1 ( 3.3%)	0 ( 0%)	
Ninguno	15 (50%)	25 (83%)	
<b>Déficit Visual "n(%)"</b>			0.298
Si	20 (66.7%)	17 (56.7%)	
No	10 (33.3%)	13 (43.3%)	
<b>Déficit Auditivo "n(%)"</b>			0.298
Si	13 (43.3%)	10 (33.3%)	
No	17 (56.7%)	20 (66.7%)	
<b>Cognición "n(%)"</b>			0.374
Sin deterioro cognitivo	25 (83.3%)	23 (76.7%)	
Con deterioro cognitivo	5 (16.7%)	7 (23%)	
<b>Minimental en pacientes con deterioro cognitivo "media (±DE)"</b>	21.8 ±2.2	21.43 ±2.29	0.788
<b>Psicoafectivo "n(%)"</b>			0.005
Sin depresión	16 (53.3%)	26 (86.7%)	
Con depresión	14 (46.7%)	4 (13.3%)	
<b>GDS en pacientes con depresión "media (±DE)"</b>	5.36 ±0.74	5.20 ±1.9	0.794
<b>Uso de psicofármacos "n(%)"</b>			0.619
Si	7 (23.3%)	7 (23.3%)	
No	23 (76.7%)	23 (76.7%)	
<b>Sexualmente activos "n(%)"</b>			0.011
Si	2 (6.7%)	10 (33.3%)	
No	28 (93.3%)	20 (66.7%)	
<b>Pareja Actual "n(%)"</b>			0.001
Si	10 (33.3%)	25 (83.3%)	
No	20 (66.7%)	5 (16.7%)	
<b>Edad de la pareja "media (±DE)"</b>	80.2 ±5.77	71.2 ±8.92	0.006
<b>Causas por las que no son sexualmente activos "n(%)"</b>			0.001
Enfermedad Propia	1 (3.3%)	7 (23.3%)	
Infidelidad de la pareja	2 (6.7%)	2 (6.7%)	
Sin pareja	16 (53.3%)	4 (13.3%)	
Enfermedad de la pareja	4 (13.3%)	1 (3.3%)	
Sin deseo	5 (16.7%)	0 (0%)	
Pareja sin deseo	0 (0%)	5 (16.7%)	
Mala relación con la pareja	0 (0%)	1 (3.3%)	

<b>Inicio de vida sexual activa "media (±DE)"</b>	21.1 ±5.54	17.69 ±2.34	0.003
<b>Número de parejas sexuales "media (±DE)"</b>	1.53 ±0.86	24.47 ±91.07	0.173
<b>Enfermedades de transmisión sexual "n(%)"</b>			0.236
Si	3 (10%)	6 (20%)	
No	27 (90%)	24 (80%)	
<b>Número de años sin vida sexual activa "media (±DE)"</b>	22.61 ±13.6	9.35 ±9.16	0.001
<b>Masturbación "n(%)"</b>			0.051
Si	1 (3.3%)	6 (20%)	
No	29 (96.7%)	24 (80%)	
<b>Deseo "n(%)"</b>			0.530
Si	9 (75%)	21 (43.8%)	
No	3 (25%)	27 (56.3%)	
<b>Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) "media (±DE)"</b>	1.02 ±1.03	2.32 ±1.12	0.001
<b>Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)</b>			
Con problemática sexual	26 (86.7%)	14 (46.7%)	0.001
Sin problemática sexual	4 (13.3%)	16 (53.3%)	
<b>Escala de Lawton y Brody "media (±DE)"</b>	6.43 ±1.79	6.13 ±1.43	0.477
<b>Funcionalidad "n(%)"</b>			0.857
Dependiente	2 (16.7%)	7 (14.6%)	
Independiente	10 (83.3%)	41 (85.4%)	

13.6. TABLA N°4 COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ) ENTRE PACIENTES SEXUALMENTE ACTIVOS Y SEXUALMENTE INACTIVOS.

TABLA N°4 COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ) ENTRE PACIENTES SEXUALMENTE ACTIVOS Y SEXUALMENTE INACTIVOS.			
VARIABLE	SEXUALMENTE INACTIVO	SEXUALMENTE ACTIVO	p
<b>INTERES</b>			
Totalmente disminuido (n=%)	27 (56.3%)	2 (16.7%)	0.196
Marcadamente disminuido	2 (4.2%)	1 (8.3%)	
Moderadamente disminuido	4 (8.3%)	2 (16.7%)	
Mínimamente disminuido	2 (4.2%)	1 (8.3%)	
Normal	13 (27.1%)	6 (50%)	
<b>EXCITACIÓN</b>			
Totalmente disminuido (n=%)	31 (64.6%)	2 (16.7%)	0.008
Marcadamente disminuido	1 (2.1%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	6 (12.5%)	1 (8.3%)	
Mínimamente disminuido	2 (4.2%)	1 (8.3%)	
Normal	8 (16.7%)	8 (66.7%)	
<b>ERECCIÓN</b>			
Totalmente disminuido (n=%)	9 (18.8%)	2 (16.7%)	0.008
Marcadamente disminuido	2 (4.2%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	3 (6.3%)	2 (16.7%)	
Mínimamente disminuido	0 (0%)	2 (16.7%)	
Normal	6 (12.5%)	4 (33.3%)	
<b>ORGASMO</b>			
Totalmente disminuido (n=%)	42 (87.5%)	4 (33.3%)	0.001
Marcadamente disminuido	1 (2.1%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	1 (2.1%)	3 (25%)	
Mínimamente disminuido	0 (0%)	0 (0%)	
Normal	4 (8.3%)	5 (41.7%)	
<b>SATISFACCIÓN</b>			
Totalmente disminuido	11 (22.9%)	1 (8.3%)	0.047
Marcadamente disminuido	2 (4.2%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	2 (4.2%)	0 (0%)	
Mínimamente disminuido	1 (2.1%)	1 (8.3%)	
Normal	32 (66.7%)	10 (83.3%)	

13.7. TABLA N°5 COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ) ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

TABLA N°5 COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ) ENTRE HOMBRES Y MUJERES.			
VARIABLE	MUJERES n=30	HOMBRES n=30	p
<b>INTERES</b>			0.001
Totalmente disminuido (n=%)	23 (76.7%)	6 (20%)	
Marcadamente disminuido	1 (3.3%)	2 (6.7%)	
Moderadamente disminuido	0 (0%)	6 (20%)	
Mínimamente disminuido	0 (0%)	3 (10%)	
Normal	6 (20%)	13 (43.3%)	
<b>EXCITACIÓN</b>			0.001
Totalmente disminuido (n=%)	24 (80%)	9 (30%)	
Marcadamente disminuido	1 (3.3%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	1 (3.3%)	6 (20%)	
Mínimamente disminuido	0 (0%)	3 (10%)	
Normal	4 (13.3%)	12 (40%)	
<b>ERECCIÓN</b>			
Totalmente disminuido (n=%)		11 (36.7%)	
Marcadamente disminuido	No aplica	2 (6.7%)	
Moderadamente disminuido		5 (16.7%)	
Mínimamente disminuido		2 (6.7%)	
Normal		10 (33.3%)	
<b>ORGASMO</b>			0.006
Totalmente disminuido (n=%)	28 (93.3%)	18 (60%)	
Marcadamente disminuido	1 (3.3%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	0 (0%)	4 (13.3%)	
Mínimamente disminuido	0 (0%)	0 (0%)	
Normal	1 (3.3%)	8 (26.7%)	
<b>SATISFACCIÓN</b>			0.016
Totalmente disminuido	10 (33.3%)	2 (6.7%)	
Marcadamente disminuido	2 (6.7%)	0 (0%)	
Moderadamente disminuido	0 (0%)	2 (6.7%)	
Mínimamente disminuido	0 (0%)	2 (6.7%)	
Normal	18 (60%)	24 (80%)	

13.8. TABLA N° 6 RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EVALUADA MEDIANTE ESCALA DE LAWTON Y BRODY Y LA SEXUALIDAD EVALUADA MEDIANTE EL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ)

TABLA N° 6 RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EVALUADA MEDIANTE ESCALA DE LAWTON Y BRODY Y LA SEXUALIDAD EVALUADA MEDIANTE EL MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ)			
	DEPENDIENTE (AIVD)*	INDEPENDIENTE (AIVD)	TOTAL
SIN PROBLEMÁTICA SEXUAL	4 (20%)	16 (80%)	20 (100%)
CON PROBLEMÁTICA SEXUAL	5 (12.5%)	35 (87.5%)	40 (100%)
			p 0.342

\*AIVD: Actividades Instrumentadas de la Vida diaria.