



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**CARACTERIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE ADULTOS DE 70 AÑOS
Y MÁS DE ACUERDO A SU NIVEL FUNCIONAL**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRIA**

**PRESENTA:
IRMA FABIOLA RODRIGUEZ TINOCO**

**DIRECTOR DE TESIS:
M.S.P. ALEJANDRO ACUÑA ARELLANO**

METEPEC, ESTADO DE MEXICO; FEBRERO DE 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.

**CARACTERIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE ADULTOS DE 70 AÑOS Y
MÁS DE ACUERDO A SU NIVEL FUNCIONAL**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

M.S.P. ALEJANDRO ACUÑA ARELLANO
ADSCRIPCIÓN HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 251
LUGAR DE TRABAJO HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 251
MATRICULA 98167694
TEL 5514239936
CORREO ELECTRÓNICO:
aacunaa@hotmail.com

TESISTA:

M.C. IRMA FABIOLA RODRÍGUEZ TINOCO
ADSCRIPCIÓN HGR NO. 251
LUGAR DE TRABAJO: HGR NO. 251
MATRICULA 98166771
TEL: 5533402517
CORREO ELECTRÓNICO:
fabiolarodriguez712@hotmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO:

M.N.F. FRANCISCO CESAR HERNANDEZ COLIN
ADSCRIPCIÓN HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 251
LUGAR DE TRABAJO HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 251
MATRICULA 99030337
TEL 7223367305
CORREO ELECTRÓNICO:
drhdezcggeriatria@outlook.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 1505 con número de registro 17 CI 15 106 079 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 006 2017082.
U MED FAMILIAR 222

FECHA **Viernes, 29 de diciembre de 2017.**

**M.E. MIREYA TRUEBA VALDÉS
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CARACTERIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE ADULTOS DE 70 AÑOS Y MÁS DE ACUERDO A SU NIVEL FUNCIONAL

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|-----------------|
| No. de Registro |
| R-2017-1505-048 |

ATENTAMENTE


M.E. MIREYA TRUEBA VALDÉS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1505

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Tabla de contenido | 4 |
| Resumen | 6 |
| Marco conceptual | 7 |
| <i>Función sexual</i> | 8 |
| <i>Comportamiento sexual</i> | 8 |
| <i>Influencias en la expresión sexual</i> | 9 |
| <i>Factores biológicos</i> | 9 |
| <i>Cambios asociados con el envejecimiento</i> | 9 |
| <i>Salud y funcionamiento sexual</i> | 10 |
| <i>Salud física</i> | 10 |
| <i>Salud mental</i> | 11 |
| <i>Medicamentos</i> | 11 |
| <i>Factores psicológicos</i> | 11 |
| <i>Actitudes acerca del sexo</i> | 11 |
| <i>Información acerca de sexualidad</i> | 11 |
| <i>Relaciones/bienestar social</i> | 11 |
| <i>Estado civil</i> | 11 |
| <i>Satisfacción de la relación</i> | 12 |
| <i>Funcionamiento sexual</i> | 12 |
| <i>Deseo sexual</i> | 12 |
| <i>Problemas de deseo</i> | 12 |
| <i>Problemas de excitación sexual</i> | 12 |
| <i>Problemas asociados con el orgasmo</i> | 12 |
| <i>Dolor sexual</i> | 12 |
| <i>Valoración geriátrica</i> | 13 |
| <i>Funcionalidad</i> | 13 |
| <i>Epidemiología</i> | 14 |
| <i>Condiciones de salud</i> | 15 |
| <i>Interacciones entre deterioros</i> | 15 |
| <i>Factores contextuales</i> | 15 |
| <i>Valoración de nueva discapacidad o progresión de discapacidad</i> | 16 |
| | |
| Planteamiento del problema | 17 |
| | |
| Objetivos | 18 |
| <i>Objetivo general</i> | 18 |

| | |
|---|----|
| <i>Objetivos específicos</i> | 18 |
| Justificación | 19 |
| Hipótesis | 20 |
| Material y métodos | 21 |
| <i>Tipo de estudio y población</i> | 21 |
| <i>Criterios de selección, exclusión y eliminación</i> | 21 |
| <i>Tipo y tamaño de la muestra</i> | 22 |
| <i>Definición de variables de estudio</i> | 23 |
| Estrategia de descripción y análisis estadístico | 28 |
| Recursos humanos, físicos, éticos y financieros | 30 |
| Resultados | 31 |
| Discusión | 45 |
| Conclusiones | 48 |
| Bibliografía | 49 |
| Anexos | 51 |

CARACTERIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE ADULTOS DE 70 AÑOS Y MÁS, DE ACUERDO A SU NIVEL FUNCIONAL

Acuña A¹, Rodríguez F², Hernández F³.

RESUMEN

La sexualidad, el comportamiento sexual y la intimidad son considerados aspectos de calidad de vida y siguen siendo importantes a lo largo de todas las fases de la vida. La sexualidad en la vida tardía ha sido un tema cultural controvertido, los adultos mayores han sido estereotipados como asexuales e inatractivos. Sin embargo, la emergencia de la cultura anti-envejecimiento ha reconstruido la sexualidad en adultos mayores.

En Geriátrica la funcionalidad nos indica la plena capacidad del individuo para conservar la autonomía física, mental, económica, con integración familiar y social, y al conservar la autonomía conservará la productividad y la autoestima. Debido a que la sexualidad es un marcador de éxito de envejecimiento, así como calidad de vida, es importante incluir este apartado en la valoración geriátrica integral y conocer las características sexuales de acuerdo al nivel funcional.

Realizamos un estudio transversal en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 222 que acuden a consulta externa; se les aplicó una encuesta sobre sexualidad validada en Chile. Se realizaron las escalas Katz y Lawton y Brody para valorar funcionalidad de los sujetos.

Se encontró que la importancia del orgasmo para los adultos de 70 años y más es mayor si se es independiente para actividades básicas de la vida diaria y que quien toma la iniciativa para el contacto sexual son las personas que se mantienen sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

1 Médico especialista en Medicina Interna y Geriátrica. Maestría en Salud Pública adscripción HGR 251

2 Médico residente de geriatría HGR 251

3 Médico especialista en Medicina Interna y Geriátrica adscripción HGR 251

MARCO CONCEPTUAL

La sexualidad, el comportamiento sexual y la intimidad son considerados aspectos de calidad de vida y siguen siendo importantes a lo largo de todas las fases de la vida. ¹La sexualidad en la vida tardía ha sido un tema cultural controvertido, los adultos mayores han sido estereotipados como asexuales e inatractivos. Sin embargo con la emergencia de la cultura anti-envejecimiento y el enfoque social incrementado sobre la optimización del envejecimiento ha reconstruido la sexualidad en adultos mayores. En particular el desempeño sexual ha sido un marcador de éxito o fracaso de envejecimiento. ² Al mismo tiempo según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el individuo es un ser sexual: el cese de esta actividad puede acelerar el proceso de envejecimiento fisiológico y psicológico que se acompaña además de otras alteraciones funcionales del organismo. ¹

La necesidad de interacción, de intimidad y de afecto de una persona no termina en la vejez; es más, el interés por la actividad sexual es un indicador de la calidad de vida del adulto mayor y así debe ser entendido y tratado por los profesionales de la salud. ¹⁻²

El concepto de identidad sexual implica un sentido de masculinidad y feminidad que se deriva no solo de impulsos sexuales biológicos, sino también de la percepción del individuo de ser sexual. Esta percepción es parcialmente basada en experiencias e intereses y en las actitudes de la sociedad, la cultura, la familia y los amigos. ³ Es importante distinguir entre sexo, actos sexuales y sexualidad. El sexo es uno de los 4 impulsos primarios, junto con la sed, el hambre y la evitación del dolor. Comportamientos que involucran genitales y zonas erógenas son considerados actos sexuales. La combinación de estos dos aspectos y los aspectos psicosociales de emociones, actitudes y relaciones forman la esencia de la sexualidad. ³

El hombre demanda afecto mientras viva y es capaz de darlo y recibirlo mientras existe. La vida sexual es una necesidad biológica, vital, a cualquier edad y negarlo es negar la condición humana, pero también es una necesidad social en muchos, incluso siendo ancianos.⁵Incluso investigadores de la Escuela de Higiene y Salud Pública (Hopkins University), recientemente han demostrado otra realidad positiva, en cuanto que cuando los adultos mayores se encuentran en casa, disminuye notablemente su índice de mortalidad. ⁵

La expresión sexual de las personas mayores es un tema de investigación relativamente descuidado. Existen cientos de estudios sobre el impacto negativo de enfermedades, condiciones médicas o medicamentos sobre el funcionamiento sexual de las personas mayores de 55 años. La mayor parte del trabajo refleja una perspectiva biomédica. La negligencia sobre el tema es sorprendentemente evidente en su omisión de documentos oficiales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó dos informes en 2010: Desarrollo de programas de salud: un marco de acción y la medición de la Salud sexual: concepto y consideraciones prácticas e indicadores relacionados. Ninguno discute la salud sexual en la vida tardía (post-reproductiva).⁴A pesar de que

hombres y mujeres tienen interés sexual y potencia para continuar en la séptima, octava y en algunos en la novena década de la vida.³

Esta negligencia es lamentable, el predominio de investigación sobre problemas de funcionamiento sexual en la vida posterior, crea una visión unilateral y fomenta el estereotipo que las personas mayores sanas no tienen o no están interesadas en el sexo.⁴

Una comprensión de las realidades y potencialidades de la función sexual en edades avanzadas es importante por muchas razones. En primer lugar la población de adultos mayores en México pasó de 6.2% en 2010 a 7.2% en 2015.⁵ En segundo lugar la esperanza de vida es cada vez mayor, en el año 2016 se ubicó en casi 78 años para las mujeres y en casi 73 años para los hombres.⁵ Tercero, como las familias son más pequeñas y los hombres y las mujeres viven más tiempo, no pasan la mayor parte de su edad adulta criando a los niños, los individuos y las parejas pueden experimentar mayor soledad y privacidad y tener más oportunidades de participar en actividades sexuales.⁴

Lo más importante es que las relaciones sexuales regulares contribuyen al bienestar físico y psicológico y puede reducir problemas en la salud física y mental asociado con el envejecimiento.⁴ La sexualidad en la vejez está relacionada a mejor salud cardiovascular, calidad de vida, ánimo y longevidad.⁶

La mayoría de las investigaciones publicadas están basadas enfocándose en la actividad de pareja, la realidad en muchas sociedades y especialmente las mujeres, viven solas. Aunque la pérdida de la pareja está asociada con cese del comportamiento sexual, para otros la masturbación provee la gratificación sexual continua.⁴

Función sexual.

Se refiere a la capacidad para participar en expresiones y relaciones sexuales que son gratificantes y el estado físico, mental y social en relación con el bienestar sexual.⁴

Comportamiento sexual.

Los datos sobre la frecuencia del comportamiento sexual entre personas mayores en los Estados Unidos está disponible en 3 encuestas recientes: la AARP (Asociación Americana de Personas retiradas) (2010); El proyecto Nacional de vida social, salud y envejecimiento (NSHAP, 2009) y la Encuesta Nacional de Salud y comportamiento Sexual (2010), donde se mostró que la masturbación en solitario era común entre hombres y mujeres americanos mayores de 70 años; 46% de los hombres y el 33% de las mujeres participaban en este comportamiento. Este fue un claro indicador de la continuidad de la expresión sexual en esta población. La incidencia no declinó con la edad, y hombres tuvieron mayor probabilidad de reportar este comportamiento. Hombres con pareja tuvieron menor probabilidad de masturbación, mientras que entre las mujeres este comportamiento no estaba relacionado al estatus de pareja. Entre 19 y 24% de los hombres de 70 años o más reportaron tener el comportamiento de sexo oral tanto proporcionarlo como recibirlo en comparación con el 7 y 8% de las mujeres

de 70 años o más. El coito vaginal fue informado en 43% entre los hombres de 70 años y más y de 22% entre las mujeres de 70 años y más, este descenso entre las mujeres fue principalmente relacionado con la pérdida de su pareja. La autopercepción de la salud fue declarada como un predictor significativo de la frecuencia de estas actividades entre hombres y mujeres. ⁴En la mayoría de los estudios el inconveniente que posiblemente distorsionan la información obtenida es que se han hecho casi siempre desde la perspectiva de un modo joven de pensar, interesándose fundamentalmente por la actividad coital, olvidando que la comunicación y el placer sexual, no siempre y necesariamente están ligados al coito. ²El contacto, el calor, la palabra y la ternura ganan en importancia, siendo más precisas las caricias para ambos sexos, de ahí que la calidad de abrazos, toques y otras manipulaciones influyan mucho en el mantenimiento de la actividad sexual de la pareja o el individuo. ²

Influencias en la expresión sexual.

Se han identificado factores biológicos, psicológicos y sociales, todos ellos importantes. ⁴

Factores biológicos.

Factores biológicos incluyen cambios asociados con el envejecimiento, salud física, salud mental y toma de medicamentos para condiciones relacionadas con la salud. El bienestar físico y mental son importantes para la expresión sexual. ⁴

Cambios físicos asociados con el envejecimiento.

Cambios asociados con el envejecimiento en mujeres y hombres impactan en el funcionamiento sexual.⁴El apetito sexual de los ancianos está directamente relacionado con la intensidad de su apetito sexual en la juventud. Los hombres en los cuales la aparición del deseo sexual fue temprana e intensa en la juventud, mantuvieron al máximo deseo y la potencia en la ancianidad. ²La mayoría de cambios en mujeres son relacionados al decline en el funcionamiento de los ovarios durante el climaterio. Las mujeres pueden experimentar sequedad y atrofia vaginal dado por la disminución gradual en los niveles de estrógenos. Es estimado que cerca del 60% de mujeres postmenopáusicas experimentan estas condiciones, variando de ninguna a grave. Los síntomas serios incluyen dolor, ardor en la vulva y vagina, así como dispareunia. Lo que obviamente puede conducir a una reducción en la frecuencia o cese de la actividad sexual. ⁴ Otro cambio del envejecimiento es que el tamaño del clítoris se hace más pequeño en longitud y anchura después de los 60 años de edad. ³El tiempo refractario no cambia, por lo que la mujer puede despertarse sexualmente de nuevo sin demora. ³La menopausia se refiere al cese de la menstruación, la cual es tal vez el cambio más visible relacionado al climaterio. Algunos estudios han intentado valorar el impacto de la menopausia sobre el funcionamiento sexual. Algunos investigadores encontraron que mujeres reportan actividad sexual menos frecuente en asociación con la menopausia, mientras otros encontraron que no se reportaban cambios. El efecto de la menopausia sobre la actividad sexual depende en parte del significado que la mujer le atribuya. Dillaway, encontró que algunas mujeres reportaban que el sexo fue más excitante y deseable después de la menopausia, mientras que otras pensaban que la pérdida de la capacidad reproductiva tenía sentimientos negativos acerca de su sexualidad. ⁴

El cambio análogo en los hombres es un lento descenso en la producción de testosterona, esto es mucho más gradual que la disminución en la producción de estrógenos en las mujeres. Sus consecuencias pueden tardar mucho más en aparecer y puede ser sutil. Las consecuencias para el funcionamiento sexual incluyen erecciones más lentas, erecciones menos firmes, disminución en la probabilidad de orgasmos y periodos refractarios más largos. ⁴Por ejemplo un adolescente puede mantener la erección por 1 hora, mientras un adulto mayor lo puede hacer aproximadamente 7 minutos. El volumen de eyaculación disminuye a 1 a 2 ml en comparación de un hombre joven que eyacula aproximadamente 4 ml. Sin embargo, el esperma activo puede permanecer hasta una edad muy avanzada.³Hay poca evidencia de que los cambios que acompañan al envejecimiento necesariamente o irreversiblemente impacten en el funcionamiento sexual. Los significados, y por tanto su impacto en el funcionamiento de los cambios físicos asociados con el envejecimiento se deriva de los valores, muchas personas experimentan cambios relacionados con la edad, en la apariencia física, incluyendo cambios en el tono y firmeza de la piel, cantidad y color de cabello, vitalidad física y así sucesivamente. Estos cambios son recordatorios de envejecimiento biológico y puede ser estresante para quienes viven en una sociedad viejista. Hombres y mujeres envejecidos pueden sentir que ya no están físicamente o sexualmente atractivos socavando su deseo sexual, aunque su capacidad física no ha disminuido. Otra influencia en el interés y el deseo para la actividad sexual de las mujeres es la presión social para la reproducción como único objetivo de la actividad sexual. La pérdida de la capacidad de reproducirse puede dar lugar a la creencia de que ya no hay motivo para participar en actividades sexuales, resultando en el cese de la actividad sexual en las personas mayores. ⁴

Salud y funcionamiento sexual

Salud física. Hombres y mujeres quienes reportan que su salud es excelente o buena tienen más probabilidad de ser sexualmente activos que aquellos quienes reportan su salud como pobre. ⁴ La AARP realizó un cuestionario encuesta de 1384 encuestados mayores de 45 años. A los participantes se les preguntó con qué condiciones médicas serias habían sido diagnosticados, un tercio de los hombres y mujeres habían sido diagnosticados con presión arterial alta, 19% de hombres y 31% de las mujeres con artritis, 15.6% de hombres con hipertrofia prostática y el 14% de los hombres y 12% de las mujeres con Diabetes, sin embargo se les preguntó si alguna condición restringía su actividad sexual y menos de 16% de los hombres y el 6% de las mujeres lo negaron. La evidencia no apoya el argumento que las enfermedades médicas son una gran influencia en la disminución del deseo y el comportamiento sexual o el aumento de la angustia y disfunción sexual en la vida tardía. La literatura sugiere que las mejoras en la salud de la población aumentarán las tasas de la actividad sexual en la vida tardía. ⁴

Salud mental. La salud mental también influye en el funcionamiento en la vida tardía. Laumann et al. (2008), informó que las puntuaciones en una escala de ansiedad se relacionaron con dificultades sexuales en hombres y mujeres. El aumento de la ansiedad se asoció con falta de interés sexual tanto en mujeres como en hombres y aumento de anorgasmia y falta de interés por el sexo en las

mujeres. Síntomas de depresión se asociaron con anorgasmia y problemas de erección entre los hombres. El estrés es un contribuyente mayor para la ansiedad y la depresión. Una experiencia común para las personas mayores es un compañero enfermo, esta experiencia puede ser estresante especialmente si el compañero es frágil o sufre de demencia. Los cuidadores familiares pueden experimentar agotamiento, culpa o resentimiento, presiones financieras y otras preocupaciones que probablemente afectarán en funcionamiento sexual en sus relaciones íntimas.⁴

Medicamentos. Un número significativo de adultos mayores toman varios medicamentos, algunos de los cuales se conoce el impacto sobre el funcionamiento sexual. La impresión creada es que los medicamentos son una razón mayor porque las personas mayores paran su participación en actividades sexuales.⁴

Factores psicológicos.

Actitudes acerca del sexo.

Según lo reportado por DeLamater y Moorman (2007), las actitudes sobre la sexualidad son una influencia importante en la frecuencia de las relaciones.⁴ Estas incluyen sentimiento de culpa o de conducta inadecuada, duda de sí mismo, conocimiento inadecuado, preocupación acerca de la masturbación o infidelidad, y miedo a fallar.³ Está descrito, por otra parte de que en el proceso de adjudicación y asunción de roles, los mismos viejos se hacen cargo de esos mitos y más de una vez se inhiben de hablar de su sexualidad, ya que ellos mismos a lo largo de su vida imaginaban a sus padres y abuelos como asexuados.²

Información acerca de sexualidad. Es posible que información acerca de la sexualidad, en especial sexualidad en la vida tardía, influya sobre la actividad sexual. Hay muchos informes anecdóticos de personas mayores que dejan la actividad sexual porque erróneamente creen que uno no debe hacerlo después de un evento (por ejemplo, un infarto, o temores sobre consecuencias negativas para asimismo o su pareja). Los adultos mayores están mal informados sobre el envejecimiento y se basan en estereotipos para comprender la sexualidad. Se reconoce la necesidad de educación sexual para los adultos mayores.⁴

Relaciones/bienestar social. La mayor parte de la actividad sexual es en pareja. La fundación de relaciones de pareja o compañerismo es un deseo de intimidad sexual o emocional. Las relaciones son típicamente beneficiosas para la salud física y mental. Las relaciones de pareja proporcionan un apoyo instrumental, emocional, y social significativos.⁴

Estado civil. Hombres y mujeres casados reportan actividad sexual más frecuente que aquellos solteros o anteriormente casados. Esto refleja las normas culturales que limitan las relaciones sexuales íntimas a personas en relaciones comprometidas. La prevalencia de actividad sexual declina con la edad, especialmente entre mujeres. El mayor contribuyente al decline es el incremento en el porcentaje de viudez la frecuencia de la actividad sexual es más alta entre

los actualmente casados, intermedia entre los nunca casados o los divorciados y menor entre personas viudas. ⁴⁻⁷

Satisfacción de la relación. Para aquellos comprometidos en una relación, la calidad o la satisfacción de las relaciones sexuales es una influencia importante en la actividad sexual, en la encuesta AARP (1999) preguntó a cada respondedor si él o ella estaba satisfecho con su vida sexual. 60% de los hombres y mujeres entre los 45 y 59 años estaban satisfechos y declinó a 35% entre los hombres y mujeres sobre los 75 años. ⁴

Funcionamiento sexual.

Deseo sexual. Gran parte de la literatura presupone implícita o explícitamente que el deseo es importante. Se piensa que el deseo indexa la motivación para la actividad sexual y la gratificación. El deseo sexual es reportado que disminuye bruscamente con la edad, aunque hay una variación entre los estudios. En el AARP (1999) se reportó deseo sexual en el 76.5% de los hombres entre 45 a 59 años, disminuyendo hasta el 43% de hombres entre 60 y 74 años y a 17% entre hombres mayores de 75 años. Entre las mujeres el porcentaje se reportó como 36%, 11% y 4% respectivamente. ⁴En otra bibliografía se reporta como el deseo sexual no disminuye al avanzar la edad, o disminuye muy poco o bien puede conservarse sin cambios e incluso llegar a aumentar en algunos casos. ²

Problemas de deseo. La falta de deseo o de interés sexual aumenta con la edad en los hombres. En las mujeres la relación entre la edad y la pérdida del deseo sexual varía entre los estudios. ⁴

Problemas de excitación sexual. La ocurrencia de lubricación vaginal es un indicador la excitación la lubricación insuficiente está relacionada con el estado postmenopáusico así como la estimulación sexual inadecuada de uno mismo o de un compañero. El trastorno más común entre los hombres es la disfunción eréctil, problema que está significativamente relacionado con la edad. ⁴

Problemas asociados con el orgasmo. Entre hombres y mujeres el problema más frecuente es el clímax prematuro o la incapacidad para llegar al orgasmo. Hay pocas pruebas de que el trastorno orgásmico aumenta con la edad entre las mujeres. ⁴

Dolor sexual. El dolor sexual es muy poco frecuente en los hombres, sin embargo en las mujeres es más probable que se reporte esta experiencia, mayormente en mujeres latinas. Un tratamiento sencillo para algunos casos de dolor asociado a la penetración es el uso de un lubricante. ⁴

El médico debe ser un instrumento eficaz que le aporte al paciente, su pareja, y su familia, información sobre los cambios que ocurren en la vida sexual para que éstos los viva como fenómenos fisiológicos y para de este modo, eliminar falsas concepciones referentes a la sexualidad geriátrica. ¹

La valoración geriátrica.

La valoración geriátrica tal como la entendemos hoy día, tiene unos 65 años. Desde los orígenes de la Valoración geriátrica, la valoración de la esfera funcional (entre otras) constituyó un parte esencial de ésta. Dos o tres décadas después (en los años sesenta y setenta), la madurez de la valoración funcional se materializó en la generalización de instrumentos estructurados de evaluación (aunque éstos existían desde los años treinta), lo que añadió a esta técnica un plus de subjetividad, estandarización, fiabilidad y, en definitiva, calidad. En los últimos lustros del siglo XX varias sociedades científicas establecieron sus posiciones sobre la valoración geriátrica integral (no solo funcional) basada en pruebas, estudios que siguen hoy concitando interés. Actualmente se sigue considerando la Valoración Geriátrica especialmente si se lleva a cabo de forma interdisciplinaria, como la forma idónea de aproximación al anciano frágil y al paciente geriátrico hospitalizado y figura entre los estándares de cuidados a este grupo de edad, si bien la profusión de los diferentes métodos de evaluación es enorme, y se habla en la actualidad de instrumentos de Valoración Geriátrica de segunda y tercera generación.⁸ Entre ellos, para conocer la situación basal de los pacientes, para cuantificar el impacto de la enfermedad actual, para transmitirse información entre profesionales, para monitorizar los cambios obtenidos mediante diferentes tratamientos médicos y funcionales, para establecer la indicación de dichos tratamientos e incluso la conveniencia de ingreso en los diferentes niveles asistenciales geriátricos y para predecir la posible evolución de casos concretos y de grupos de pacientes. Los índices de Katz y de Barthel (actividades básicas de la vida diaria), y a las que se añadió el índice de Lawton (actividades instrumentadas de la vida diaria) han cumplido bien estas funciones han facilitado la comprensión de las diferentes situaciones de enfermedad y han mejorado el manejo de los pacientes geriátricos.⁸

Funcionalidad.

El decline funcional en adultos mayores es un fenómeno bien conocido.⁹ La discapacidad funcional está asociada con alto riesgo de subsecuente decline en salud.¹⁰ Deterioro funcional es la pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria.¹¹ La severidad de discapacidad es determinada por deterioro físico causado por condiciones médicas subyacentes, y por factores tales como soporte social, soporte financiero, y ambiental. La evaluación de discapacidad funcional es más efectiva cuando el médico determina el curso de la discapacidad, síntomas asociados, efecto sobre actividades, y mecanismos que el paciente usa para compensar el problema funcional bajo condiciones médicas, deterioro, y factores contextuales podrían identificarse usando herramientas de Screening validadas. Intervenciones podrían enfocarse sobre el incremento en la capacidad del paciente. Intervenciones para el decline funcional en adultos mayores son siempre multifactoriales, dirigidas a múltiples direcciones, deterioros y factores contextuales.¹⁰

La OMS afirmó en 1959 que la mejor manera de medir la salud es medir la funcionalidad. La discapacidad y la dependencia son variables de resultado para considerar de tal importancia como uso de sistemas de salud,

empeoramiento de calidad de vida, pérdida de independencia así como incremento en el riesgo de la propia mortalidad. ¹²⁻¹³⁻¹⁴

Epidemiología.

Discapacidad, es definida como la limitación en las habilidades para mantener las actividades funcionales básicas, afecta uno en 7 Americanos. Es un efecto negativo en la calidad de vida y contribuye a costos de cuidado de salud insostenibles. Aunque la discapacidad puede ser aguda por una enfermedad, médicos encuentran en adultos mayores decline funcional subagudo sin un claro evento precipitante. ¹⁰

Epidemiología de la dependencia funcional en México

El análisis de la distribución poblacional de la dependencia funcional en el grupo de adultos mayores en México es posible a partir de dos fuentes secundarias la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). De acuerdo con los datos de la ENSANUT de 2012, 26.9% de los adultos mayores encuestados reportó alguna dificultad para realizar alguna de las ABVD y el 24.6% reportó limitación para al menos una de las AIVD. ¹⁸ Tanto en la ENSANUT como en el ENASEM se observó que las frecuencias relativas de dependencia funcional se incrementa con la edad y son mayores en las mujeres en comparación con los varones. El cuadro III describe las frecuencias relativas de dependencia funcional para ABVD y AIVD de acuerdo con la tercera oleada del ENASEM en 2012.

Cuadro III. Frecuencia relativa de dependencia funcional por grupos de edad en adultos en México de acuerdo con el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2012).

| | Varones, % | | | Mujeres, % | | |
|--|------------|--------------|----------|------------|--------------|----------|
| | Total | 50 - 59 años | 60+ años | Total | 50 - 59 años | 60+ años |
| Número de actividades básicas de la vida diaria en los que se es dependiente | | | | | | |
| 0 | 89.2 | 94.7 | 85 | 82.3 | 88.4 | 76.7 |
| 1 | 6.4 | 3.4 | 8.7 | 9.9 | 7.3 | 12.2 |
| 2 | 2 | 1.2 | 2.7 | 3.1 | 1.2 | 4.8 |
| ≥3 | 2.4 | 0.7 | 3.6 | 4.8 | 3.1 | 6.3 |
| Número de actividades instrumentales de la vida diaria en los que se es dependiente | | | | | | |
| 0 | 85.9 | 92.8 | 80.6 | 86.2 | 91.2 | 81.6 |
| 1 | 8 | 4.2 | 11 | 6.9 | 4.5 | 9 |
| 2 | 3.2 | 2 | 4.1 | 1.7 | 0.8 | 2.5 |
| ≥3 | 2.9 | 1 | 4.3 | 5.2 | 3.5 | 6.8 |

Fuente: Wong, R.³⁶

Se ha establecido que en el grupo de las personas con al menos una dependencia para ABVD existe una proporción más elevada de analfabetas, viudos y personas con peor percepción del propio estado general de salud; asimismo las personas con dependencia funcional para ABVD reportaron un

número significativamente mayor de enfermedades crónicas, depresión y dolor.¹⁹

Condiciones de salud.

Condiciones de salud comunes pueden contribuir a discapacidad funcional incluidas enfermedades cardiopulmonares, condiciones neurológicas, diabetes mellitus, cáncer, obesidad, demencia, desordenes afectivos, desordenes oftalmológicos o auditivos, y fracturas. Algunas condiciones son raras pero altamente discapacitantes (por ejemplo Evento vascular cerebral), mientras otros son menos discapacitantes pero comunes (por ejemplo, artritis). Los efectos de la discapacidad varían dependiendo de la tarea que el paciente intenta realizar; por ejemplo, enfermedad cardiaca es más probable que cause dificultad para realizar tareas que demanden trabajo aeróbico (trabajo en hogar), mientras que evento vascular cerebral es más probable que ocasione dificultad para actividades de autocuidado que requieran movilidad de brazos. Deterioro se refiere a un cambio en la estructura del cuerpo o función, resultado de esa condición de salud crónica, y puede incluir deterioro cognitivo, trastorno del ánimo, deterioro sensorial dolor, efectos adversos de medicamentos, trastornos de la marcha. Ambos el deterioro y la condición de salud subyacente deberían de ser manejados para reducir la discapacidad.¹⁰

Interacciones entre deterioros

La coexistencia de dos o más condiciones de salud crea más deterioro funcional de la que podría ser expresada. Como el número de deterioros incrementa de uno a cuatro, el porcentaje de personas reportando dependencia funcional incrementa exponencialmente (7% a 14% a 28% a 60%). Tales interacciones entre deterioros puede ocurrir porque la interferencia con estrategias compensatorias fisiológicas normales. Por ejemplo, una condición que disminuye la eficacia biomecánica de músculos y articulaciones (por ejemplo, artritis reumatoide, enfermedad cerebro vascular) incrementa el trabajo de caminar, y un paciente con enfermedad cardiovascular concomitante puede retrasar la capacidad para compensar este incremento en la demanda. Interacciones pueden también resultar de una incapacidad para adoptar comportamientos compensatorios; por ejemplo, personas con problemas de memoria tiene dificultad para aprender nuevas técnicas de autocuidado para compensar el déficit visual. Algunas combinaciones de condiciones tienen efectos predominantemente sobre el cuidado, mientras que otras primariamente afectan movilidad.¹⁰

Factores contextuales.

De acuerdo al modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (ICF), en el tratamiento exitoso de discapacidad debería tomarse en cuenta la personalidad del paciente, habilidades compensatorias, e interacción con el ambiente. Estos factores contextuales tienen especialmente roles importantes en los estadios tempranos y tardíos de desarrollo de discapacidad. Ánimo, auto-eficacia y estrategias personales de enfrentamiento afectan el automanejo de enfermedad, adherencia a programas de ejercicio, y resultados de salud a largo plazo en pacientes con diabetes. Después, la discapacidad relacionada a daño órgano terminal (por ejemplo, retinopatía, neuropatía) el ambiente físico, recursos financieros, pagar equipo de adaptación o asistencia, y disponibilidad de soporte

de cuidado determina si el paciente permanece en su casa o requiere un alto nivel de cuidados.¹⁰

Valoración de nueva discapacidad o progresión de discapacidad.

Porque de las complejas interacciones entre condiciones de salud, deterioros, y factores contextuales, una evaluación sistemática y un plan de intervención es importante. Evaluación de una nueva discapacidad o progresión de discapacidad inicia con caracterización de la discapacidad por sí misma y enfocada al curso del decline funcional, síntomas asociados, y tareas que han sido afectados por la dependencia funcional, incluyendo actividades básicas de la vida diaria. Preguntando al paciente acerca de estrategias compensatorias se informará el plan de tratamiento y proporcionar conocimiento de su capacidad para hacer frente a los cambios funcionales.¹⁰

El siguiente paso es identificar las condiciones de salud subyacentes, enfocándose en aquellas que son potencialmente modificables. Porque procesos patológicos pueden ser causa de dependencia funcional, usando un enfoque por sistemas y órganos es una estrategia diagnóstica eficiente. Enfoque en el examen físico puede ser determinado por la presencia de síntomas; por ejemplo, la evaluación de un paciente con disminución de la tolerancia al ejercicio y disnea de esfuerzo podría incluir una evaluación y examinación pulmonar y cardiovascular.¹⁰

En suma a la evaluación para condiciones de salud, la examinación podría incluir un screening para deterioro comórbido. Deterioro cognitivo, trastorno del ánimo, dolor, desnutrición, reacciones adversas a medicamentos, deterioros sensoriales son factores modificables que pueden contribuir de forma subyacente a la dependencia funcional y afectar la elección de terapia.¹⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La necesidad de interacción, de intimidad y de afecto de una persona no termina en la vejez; es más, el interés por la actividad sexual es un indicador de la calidad de vida del adulto mayor y así debe ser entendido y tratado por los profesionales de la salud. Sin embargo la valoración del plano sexual no forma parte de la valoración geriátrica integral cotidiana y por lo tanto no realizamos intervenciones en esta área, intervenciones que podrían mejorar de forma importante la calidad de vida en los adultos mayores.

El decline funcional en adultos mayores es un fenómeno bien conocido, está asociado con alto riesgo de deterioro en la salud. Incluso la OMS afirmó en 1959 que la mejor manera de medir la salud es medir la funcionalidad. La limitación en las habilidades para mantener las actividades funcionales básicas afecta 1 en 7 americanos y en México de acuerdo con los datos de la ENSANUT de 2012, 26.9% de los adultos mayores encuestados reportó alguna dificultad para realizar alguna de las ABVD y el 24.6% reportó limitación para al menos una de las AIVD.

Una parte importante de la valoración geriátrica integral es la valoración de la dependencia. La dependencia es un síndrome geriátrico, el cual modifica las relaciones interpersonales y, por lo tanto, es muy probable que la dependencia modifique la actividad sexual del adulto mayor.

No conocemos los patrones de actividad sexual en adultos mayores en función de su condición de dependencia por lo que es importante plantear la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de la actividad sexual de adultos de 70 años y más de acuerdo al nivel funcional?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

1. General:

- a) Caracterizar la actividad sexual de adultos de 70 años y más de acuerdo a su nivel funcional mediante un cuestionario realizado a adultos mayores atendidos en área de consulta externa de la UMF 222 del IMSS en el mes de diciembre de 2017

2. Específicos:

- a) Calcular la prevalencia de las limitaciones en la funcionalidad en los adultos de 70 años y más de acuerdo a sexo
- b) Comparar las características de la actividad sexual reportada por adultos de 70 años y más de diferente nivel funcional de acuerdo a sexo
- c) Caracterizar la actividad sexual de las parejas conformadas por al menos un adulto de 70 años y más, dependiendo del nivel funcional de sus integrantes

JUSTIFICACIÓN

Conocer las características de la actividad sexual de los adultos mayores en nuestro medio permitirá ahondar en el conocimiento de la dimensión de calidad de vida que conlleva implícito el ejercicio de la sexualidad. El presente trabajo, tendrá la finalidad de ser uno de los pocos estudios que analizan la relación entre el nivel funcional de los adultos mayores y las manifestaciones de su sexualidad. Por otro lado, los resultados de nuestro trabajo permitirán sensibilizar al equipo de profesionales de salud, en relación a las conductas y necesidades que en materia de sexualidad manifiestan los pacientes.

A partir de los resultados del presente trabajo será posible formular políticas y programas dirigidos a la atención de las necesidades de los adultos mayores en relación a las prácticas sexuales. El análisis derivado de los resultados obtenidos puede tener un impacto positivo sobre los estereotipos, mitos y construcciones sociales relacionadas a la sexualidad durante la vejez. El estudio permitirá ampliar el horizonte del conocimiento en materia de la sexualidad en la vejez.

HIPOTESIS

La actividad sexual de los adultos de 70 años y más está asociada a la funcionalidad de los integrantes de la pareja.

I. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio:

Estudio transversal analítico realizado a adultos de 70 años y más, que son derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 222.

2. Población, lugar y tiempo de estudio.

El universo del estudio será la población de 70 años y más que acuden a los servicios de salud que provee la UMF 222 en Toluca de Lerdo en el periodo de tiempo del 11 al 31 de diciembre de 2017.

3. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos con edad de 70 años o más
- Que acudan a consulta externa de Unidad de Medicina Familiar del mes de diciembre de 2017
- Que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado
- Que acepten responder el cuestionario sobre funcionalidad y actividad sexual

Criterios de exclusión:

- Sujetos que no escuchen al investigador al leerse las preguntas del cuestionario
- Sujetos que no entiendan las preguntas del cuestionario

Criterios de eliminación:

- Sujetos que decidan de forma voluntaria no completar el cuestionario

4. Tipo de muestreo

Muestra por conveniencia.

5. Tamaño de la muestra

Por tratarse de una muestra por conveniencia en el trabajo no se calculará un tamaño de muestra. Se incluirá a la totalidad de los adultos de 70 años y más, que acudan o que se encuentren en la sala de espera de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 222, en el municipio de Toluca, Estado de México, del 11 al 31 de diciembre de 2017.

6. Definición de variables

Variable independiente: funcionalidad

Definición conceptual: capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. ¹⁵

Definición operacional: Diagnóstico basado según los resultados en las escalas para valoración de funcionalidad Katz y Lawton.

Categorías: independiente para actividades básicas, independiente para actividades instrumentadas, dependiente para actividades básicas, dependiente para actividades instrumentadas, no dependencia

Definición conceptual:

Para determinar el nivel de dependencia se utiliza el Índice de Katz que evalúa funciones básicas como baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, categorizando cada nivel en dependencia leve, moderada y severa. Se considera a una persona dependiente leve, aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad, dependiente moderado aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión, y dependiente severo aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad. ²¹

Para determinar el nivel de dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria se utiliza la escala Lawton. Se considera a una persona dependiente leve cuando el resultado es 6-7, se considera dependiente moderado cuando el resultado es 6-7, se considera severo cuando el resultado es menor a 4. ²¹

Definición operacional: Diagnóstico basado según el resultado de la aplicación de la escala Katz y Lawton.

Variable Dependiente: actividad sexual

Definición conceptual: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la sexualidad humana se considera «un aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida, que incluye al sexo, la identidad y rol de género, la

orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vive y expresa mediante los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales».²²

Variables independientes

| Nombre | Categoría | Definición conceptual | Definición operacional | Unidad de medición |
|-----------------------------------|---------------------|--|---|--|
| Vida sexual | Cualitativa ordinal | Se refiere a la capacidad para participar en expresiones y relaciones sexuales que son gratificantes y el estado físico, mental y social en relación con el bienestar sexual. ⁴ | Condición de mantener la vida sexual activa | Muy importante Importante Poco importante Indiferente |
| Relaciones sexuales | Cualitativa nominal | Es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer | Condición de mantener comportamientos con el objetivo de dar o recibir placer | Si No Con coito Sin coito |
| Frecuencia de relaciones sexuales | Cualitativa Ordinal | Es la cantidad de veces por unidad de medida de tiempo en el que realizan relaciones sexuales | Condición de número de veces que se tienen relaciones sexuales por unidad de tiempo | Más de una vez al mes Una vez al mes Cada tres meses Cada 8 meses Una vez al año |
| Coito | Cualitativa | Cópula sexual. | Acción de copular | Estimulación por parte de la |

| | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|---|--|--|
| | ordinal | | | pareja Estimulación individual Relación sexual anal Relación sexual oral Caricias desnudos |
| Satisfacción en relaciones sexuales | Cualitativa ordinal | Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse mediante relaciones sexuales | Medición del grado de satisfacción al tener relaciones sexuales | Satisfactorias Poco estimulantes Insatisfactorias Desagradables |
| Orgasmo | Cualitativa ordinal | Culminación del placer sexual | Condición de poder culminar el placer sexual | Muy importante Importante Poco importante No importante |
| Estimulación previa a relación sexual | Cualitativa dicotómica | Excitación de las neuronas y de sus conexiones sinápticas, causada por una estimulación sensorial previo a la relación sexual | Medido de forma subjetiva | Si No |
| Estimulación previa a relación sexual | Cualitativa ordinal | Excitación de las neuronas y de sus conexiones sinápticas, causada por una estimulación sensorial previo a la relación sexual | Condición de estimulación previo a relaciones sexuales (besos, caricias, etc.) | Besos Caricias Contemplación desnuda Contacto (toques) Palabras estimulantes |
| Iniciativa de iniciar una relación | Cualitativa Ordinal | Cualidad personal que inclina a la iniciativa de | Condición de tomar la iniciativa de iniciar una | Usted Pareja Ambos |

| | | | | |
|--------------------|------------------------|---|--|----------|
| sexual | | iniciar una relación sexual | relación sexual | |
| Estimulador sexual | Cualitativa dicotómica | Sustancia o factor que incrementa y facilita el funcionamiento sexual | Condición de utilizar una sustancia o factor que facilite el funcionamiento sexual | Si No |
| Estimulador sexual | Cualitativa nominal | Sustancia o factor que incrementa y facilita el funcionamiento sexual | Condición de utilizar una sustancia o factor que facilite el funcionamiento sexual | Si No |

Covariables: sexo, edad, estado civil, comorbilidades, polifarmacia

| Nombre | Categoría | Definición conceptual | Definición operacional | Unidad de medición |
|---------------|---------------------|---|--|---|
| Edad | Cualitativa ordinal | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo | Tiempo desde la fecha de nacimiento hasta el ingreso | Años |
| Sexo | Cualitativa nominal | Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos | Condición de sexo masculino y femenino | Femenino Masculino |
| Estado civil | Cualitativa nominal | Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra | Condición de casado, soltero, divorciado, unión libre o viudo. | Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo |

| | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|---|---|
| Comorbili dades | Cualitat iva ordinal | La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. | Condición de presentar alguna enfermedad o trastorno primario | Diabetes Mellitus Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Hipertensión arterial Otra |
| Polifarma cia | Cualitat iva dicotó mica | Según la OMS, polifarmacia es consumir más de 3 medicamentos simultáneamente. | Definida como el uso de 5 o más fármacos al momento de la evaluación geriátrica | Si No |

7. Descripción general del estudio

Se realizó un estudio transversal analítico a partir de la información recabada de la aplicación de dos cuestionarios: un cuestionario elaborado y validado en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Santiago de Chile (referencia), la escala de actividades básicas de la vida diaria de KATZ y la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody (referencia). Los sujetos que reúnan los criterios para reunirse en el estudio serán invitados a participar en el estudio por parte del investigador, antes o después de recibir el servicio de consulta al que acudieron. Antes de iniciar la aplicación del cuestionario, se pedirá a los sujetos la firma del consentimiento informado escrito (ver anexo). Los cuestionarios serán aplicados por el investigador en un solitario, en un área privada de la misma UMF. En el caso de que cualquier sujeto refiera dudas, inquietudes o problemáticas relacionadas a su sexualidad, será referido al servicio clínico o paraclínico correspondiente y se le brindará orientación en la medida de las posibilidades del investigador. La información recabada se transcribirá a una base de datos con el software Stata versión 14.0 (StataCorp 2015, CollegeStation, Texas). Los datos serán analizados con ayuda del paquete estadístico STATA versión 14.0 (StataCorp 2015, CollegeStation, Texas). Los resultados obtenidos serán discutidos y analizados en función de las necesidades y prioridades identificadas. Finalmente se redactará un informe del trabajo, generando conclusiones y emitiendo recomendaciones.

Plan de análisis:

La base de datos generada con la información de los cuestionarios, inicialmente será depurada y analizada para errores de captura. Se describirá la población de acuerdo a sus características demográficas, clínicas y geriátricas mediante el uso de frecuencias relativas y medidas de tendencia central y dispersión según corresponda. Las categorías de funcionalidad (dependencia para actividades básicas y dependencia para actividades instrumentadas y ausencia de dependencia) se construirán a partir de los cuestionarios de Katz y Lawton y Brody, se asociaran dichas categorías a cada una de las categorías de las características de la actividad sexual mediante el cálculo de razón de momios e intervalo de confianza. Cada una de estas asociaciones se realizará por sexo, grupo de edad y condición de pareja. Se realizarán pruebas de hipótesis para comparar las frecuencias relativas y medidas de tendencia central, así como las asociaciones encontradas por sexo. Se considerará significancia estadística cuando $p < 0.05$. Para los cálculos se empleará el paquete estadístico STATA versión 14.0 (StataCorp 2015, CollegeStation, Texas)

II. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, ÉTICOS Y FINANCIEROS

1. RECURSOS HUMANOS

Investigador principal, investigador asociado y tesista

2. RECURSOS FÍSICOS

Para la elaboración del presente trabajo de investigación será necesario el uso de: la encuesta elaborada y validada en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Santiago de Chile, y 2 escalas de funcionalidad: Katz y Lawton, dos lápices, la cual se realizará en un consultorio en solitario de la UMF, dos sillas, un escritorio.

3. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio es un estudio en seres humanos.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud se trata de un estudio de riesgo mínimo. Los sujetos que sean incluidos en el mismo firmarán una carta de consentimiento informado (anexo) y podrán revocar su autorización para participar en el estudio en cualquier momento. En el caso de identificarse algún sujeto que reporte cursar con alguna disfunción sexual o problemática en la esfera sexual se realizará la canalización efectiva al servicio clínico o paraclínico correspondiente dentro de la Institución. Se respetará el derecho de confidencialidad sobre la información obtenida de cada paciente. Los sujetos no recibirán retribución alguna por su participación en el estudio y la no autorización o retiro de consentimiento informado no modificará su atención dentro de la unidad médica.

El presente estudio cumple los lineamientos mencionados en:

- La declaración de Helsinki
- La Ley General de Salud
- El Reglamento de la ley general en materia de investigación en salud donde considera este tipo de estudios como:

Para llevar el presente estudio se requiere de consentimiento por parte de los comités de Investigación y Ética Institucional.

4. RECURSOS FINANCIEROS

El equipo de cómputo, software y papelería serán proporcionados por los investigadores y no se requerirán recursos del IMSS adicionales a lo que actualmente destina para la atención de los pacientes.

Factibilidad: Este proyecto es factible porque se requiere de una mínima inversión y se tiene la capacidad y experiencia para llevarlo a cabo.

III. RESULTADOS

Características sociodemográficas y clínicas de los sujetos encuestados.

Se aplicó un cuestionario elaborado y validado en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Santiago de Chile, la escala de actividades básicas de la vida diaria de KATZ y la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody a 106 pacientes que acudieron al área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 222, en el municipio de Toluca, Estado de México, del 11 al 31 de diciembre de 2017. Entre los sujetos encuestados 48 fueron mujeres (45.28%), la edad media fue de 74.1 (DE \pm 3.82). Del total de la muestra, 90 (84.91%) reportaron ser casados, 9 viudos (8.49%), 3 separados (2.83%), 3 unión libre (2.83%), 1 soltero (0.94%). Ninguno reportó nivel socioeconómico alto, la mayoría, 61 sujetos (57.55%) se reportó con un nivel socioeconómico bajo y 45 (42.45%) se reportó como nivel socioeconómico medio. En cuanto a la escolaridad 63 sujetos (59.43%) tenían primaria, 29 sujetos (27.36%) eran analfabetas, 10 sujetos (9.43%) secundaria, y solo 4 sujetos (3.77%) reportaron escolaridad de nivel superior.

Se observó 76 sujetos (71.7%) padecían Hipertensión arterial sistémica (HAS), 63 sujetos (59.43%) tenían como comorbilidad Diabetes Mellitus (DM), 21 sujetos (19.81%) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 14 sujetos (13.21%) Enfermedad Renal Crónica (ERC), 5 sujetos (4.72%) Insuficiencia venosa, 10 (9.43%) reportó el uso de oxígeno suplementario domiciliario y 21 (19.81%) se conocían con diagnóstico de alguna otra comorbilidad. El promedio de consumo de medicamentos de estos pacientes se ubicó en una media de 3.3 (DE \pm 2.18). En el cuadro I se describen las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Cuadro I. Características sociodemográficas y clínicas.

| Característica | Total | Total |
|---|-------|-------|
| Edad, años (D.E.) | 74.1 | ±3.82 |
| Mujeres, n (%) | 48 | 45.28 |
| Estado civil | | |
| Casado, n (%) | 90 | 84.91 |
| Soltero, n (%) | 1 | 0.94 |
| Separado, n (%) | 3 | 2.83 |
| Viudo, n (%) | 9 | 8.49 |
| Unión libre, n (%) | 3 | 2.83 |
| Nivel socioeconómico | | |
| Alto, n (%) | 0 | 0 |
| Medio, n (%) | 45 | 42.45 |
| Bajo, n (%) | 61 | 57.55 |
| Escolaridad | | |
| Analfabeta, n (%) | 29 | 27.36 |
| Primaria, n (%) | 63 | 59.43 |
| Secundaria, n (%) | 10 | 9.43 |
| Educación superior, n (%) | 4 | 3.77 |
| Número de medicamentos, media (D.E.) | 3.3 | ±2.18 |
| Comorbilidades | | |
| DM 2, n (%) | 63 | 59.43 |
| EPOC, n (%) | 21 | 19.81 |
| HAS, n (%) | 76 | 71.7 |
| Insuficiencia venosa, n (%) | 5 | 4.72 |
| ERC, n (%) | 14 | 13.21 |
| Otras, n (%) | 21 | 19.81 |
| Uso de oxígeno suplementario, n (%) | 10 | 9.43 |

Abreviaturas: DE: desviación estándar, DM: Diabetes Mellitus; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; HAS: Hipertensión arterial sistémica; ERC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Distribución de las características sociodemográficas y clínicas de acuerdo a dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria.

En primera instancia se hizo un análisis de acuerdo al nivel funcional para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se encontró que la mayor proporción de personas sin dependencia tenían una edad media de 73.5 (DE ± 3.85), la mayoría con estado civil casado 62 sujetos (83.78%), 7 sujetos (9.46%) viudos, 2 sujetos (2.7%) separados, 2 sujetos (2.7%) en unión libre, 1 sujeto (1.35%) soltero, 40 sujetos (54.05%) reportaron nivel socioeconómico bajo y 34 sujetos (49.95%) reportaron nivel socioeconómico medio. En cuanto al nivel de escolaridad 52 sujetos (70.27%) terminaron la primaria, 11 sujetos (14.86%) fueron analfabetas, 9 sujetos (12.16%) tuvieron escolaridad secundaria y solo 2 sujetos (2.7%) reportaron educación superior. El número de medicamentos promedio en las personas sin dependencia tuvo una media de 2.92 (DE ± 1.95). El 71.62% (53 sujetos) Hipertensión arterial sistémica, 32.43% (24 sujetos) tenía diagnóstico de Diabetes Mellitus, 16.22% (12 sujetos) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el 6.76% (5 sujetos) reportó uso de oxígeno suplementario domiciliario, 5.41% (4 sujetos) Insuficiencia Venosa, 5.41% (4 sujetos) Enfermedad Renal Crónica.

Se encontró que en las personas que reportaron al menos una dependencia, la edad promedio fue de 75.46 (DE ± 3.41), en cuanto al estado civil 28 sujetos (87.5%) se encontraban casados, 2 sujetos (6.25%) viudos, 1 (3.12%) separado, y 1 (3.12%) en unión libre. El 65.62% (21 sujetos) se reportaron con nivel socioeconómico bajo, el 34.28% (11 sujetos) se reportaron con nivel socioeconómico medio. La escolaridad de las personas con al menos una dependencia para ABVD fue: 18 sujetos (56.25%) fue analfabeta, 11 sujetos (34.38%) fue primaria, y 2 sujetos (6.25%) educación media superior y 1 sujeto (3.12%) con escolaridad secundaria. El promedio de medicamentos para personas con dependencia de al menos una actividad básica fue de 4.19 (DE ± 2.44). Las comorbilidades reportadas fueron Diabetes Mellitus en 18 sujetos (56.25%), 23 sujetos (71.88%) con Hipertensión arterial sistémica, 10 sujetos (31.25%) con Enfermedad Renal Crónica, 9 sujetos (28.12%) con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 5 sujetos (15.62%) reportó el uso de oxígeno suplementario domiciliario y 1 sujeto (3.12%) Insuficiencia venosa. En el cuadro II se muestran las características sociodemográficas y clínicas de acuerdo a dependencia de actividades básicas de la vida diaria.

Cuadro II. Características sociodemográficas de acuerdo a dependencia de Actividades Básicas de la Vida Diaria

| Característica | ABVD | | | | P |
|---|-----------------|----------------|-------|-------|------------------|
| | Sin dependencia | >1 dependencia | | | |
| Edad, años (D.E.) | 73.5 | ± 3.85 | 75.46 | ±3.41 | 0.009 |
| Mujeres, n (%) | 38 | 79.16 | 10 | 20.83 | 0.12 |
| Estado civil | | | | | 0.96 |
| Casado, n (%) | 62 | 83.78 | 28 | 87.5 | |
| Soltero, n (%) | 1 | 1.35 | 0 | 0 | |
| Separado, n (%) | 2 | 2.7 | 1 | 3.12 | |
| Viudo, n (%) | 7 | 9.46 | 2 | 6.25 | |
| Unión libre, n (%) | 2 | 2.7 | 1 | 3.12 | |
| Nivel socioeconómico | | | | | 0.29 |
| Alto, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Medio, n (%) | 34 | 49.95 | 11 | 34.38 | |
| Bajo, n (%) | 40 | 54.05 | 21 | 65.62 | |
| Escolaridad | | | | | <0.001 |
| Analfabeta, n (%) | 11 | 14.86 | 18 | 56.25 | |
| Primaria, n (%) | 52 | 70.27 | 11 | 34.38 | |
| Secundaria, n (%) | 9 | 12.16 | 1 | 3.12 | |
| Educación superior, n (%) | 2 | 2.7 | 2 | 6.25 | |
| Número de medicamentos, media (D.E.) | 2.92 | ±1.95 | 4.19 | ±2.44 | 0.006 |
| Comorbilidades | | | | | |
| DM 2, n (%) | 24 | 32.43 | 18 | 56.25 | 0.04 |
| EPOC, n (%) | 12 | 16.22 | 9 | 28.12 | 0.18 |
| HAS, n (%) | 53 | 71.62 | 23 | 71.88 | 1 |
| Insuficiencia venosa, n (%) | 4 | 5.41 | 1 | 3.12 | 1 |
| ERC, n (%) | 4 | 5.41 | 10 | 31.25 | 0.001 |
| Otras, n (%) | 14 | 100 | 7 | 100 | 1 |
| Uso de oxígeno suplementario, n (%) | 5 | 6.76 | 5 | 15.62 | 0.165 |

Abreviaturas: ABVD: Actividades básicas de la vida diaria, DE: desviación estándar, DM: Diabetes Mellitus; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; HAS: Hipertensión arterial sistémica; ERC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Distribución de las características sociodemográficas y clínicas de acuerdo a dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria.

Adicionalmente se hizo un análisis de acuerdo al nivel funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Se encontró que la mayor proporción de personas fue para el grupo de al menos una dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria con una edad promedio en años de 75.47 (DE \pm 3.42). En cuanto al estado civil 66 sujetos (85.71%) eran casados, 6 sujetos (6.49%) en unión libre, 5 sujetos (6.49%) separado, 1 sujeto (1.3%) soltero. El 57.14% (44 sujetos) se reportaron con nivel socioeconómico bajo mientras que el 42.86% (33 sujetos) con nivel socioeconómico medio. Según escolaridad 42 sujetos (54.55%) tuvieron escolaridad primaria, 24 sujetos (31.17%) fueron analfabetas, 8 sujetos (10.39%) secundaria y solo 3 sujetos (3.9%) con educación superior. El promedio de medicamentos en este grupo fue de 3.73 (DE \pm 2.17). En cuanto a sus comorbilidades se reportó que 58 sujetos (75.32%) padecían Hipertensión arterial sistémica, 33 sujetos (42.86%) padecían Diabetes Mellitus, 16 sujetos (20.78%) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 12 sujetos (15.58%) con Enfermedad Renal Crónica, 9 sujetos (11.69%) reportaron uso de oxígeno suplementario domiciliario y finalmente 3 sujetos (3.9%) con Insuficiencia venosa.

En los sujetos sin dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria se encontró que la edad promedio fue de 73.47 (DE \pm 3.85), el estado civil predominante fue casado en 24 sujetos (82.76%), 4 (13.79%) separados, 4 (13.79%) viudos, y 1 (3.45%) en unión libre. En cuanto al nivel socioeconómico 17 (58.62%) se reportó como bajo, y 12 (41.38%) medio. A nivel escolaridad en el grupo de sujetos sin dependencia para ABVD se encontró que 21 sujetos (72.41%) tuvieron escolaridad primaria, 5 (17.24%) fueron analfabetas, 2 (6.9%) secundaria, 1 (3.45%) educación superior. El número de medicamentos promedio en este grupo de personas fue de 2.17 (DE \pm 1.79). Como comorbilidades para este grupo se encontró Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en 21 sujetos (19.81%), Hipertensión Arterial Sistémica en 18 sujetos (62.07%), Diabetes Mellitus en 9 sujetos (31.03%), Insuficiencia venosa en 2 (6.9%) Enfermedad Renal Crónica en 2 (6.9%) y oxígeno suplementario en 1 sujeto (3.45%). En el cuadro III se muestran las características sociodemográficas de acuerdo a dependencia de actividades instrumentadas de la vida diaria.

Cuadro III. Características sociodemográficas de acuerdo a dependencia de actividades instrumentadas de la vida diaria.

| Característica | Total | | AIVD | | | | P |
|---|-------|-------|-----------------|-------|----------------|-------|---------------|
| | | | Sin dependencia | | >1 dependencia | | |
| Edad, años (D.E.) | 74.1 | ±3.82 | 73.47 | ±3.85 | 75.47 | ±3.42 | 0.005 |
| Mujeres, n (%) | 48 | 45.28 | 21 | 72.41 | 27 | 35.06 | 0 |
| Estado civil | | | | | | | 0.64 |
| Casado, n (%) | 90 | 84.91 | 24 | 82.76 | 66 | 85.71 | |
| Soltero, n (%) | 1 | 0.94 | 0 | 0 | 1 | 1.3 | |
| Separado, n (%) | 3 | 2.83 | 4 | 13.79 | 5 | 6.49 | |
| Viudo, n (%) | 9 | 8.49 | 4 | 13.79 | 5 | 6.49 | |
| Unión libre, n (%) | 3 | 2.83 | 1 | 3.45 | 2 | 2.6 | |
| Nivel socioeconómico | | | | | | | 1 |
| Alto, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Medio, n (%) | 45 | 42.45 | 12 | 41.38 | 33 | 42.86 | |
| Bajo, n (%) | 61 | 57.55 | 17 | 58.62 | 44 | 57.14 | |
| Escolaridad | | | | | | | 0.4 |
| Analfabeta, n (%) | 29 | 27.36 | 5 | 17.24 | 24 | 31.17 | |
| Primaria, n (%) | 63 | 59.43 | 21 | 72.41 | 42 | 54.55 | |
| Secundaria, n (%) | 10 | 9.43 | 2 | 6.9 | 8 | 10.39 | |
| Educación superior, n (%) | 4 | 3.77 | 1 | 3.45 | 3 | 3.9 | |
| Número de medicamentos, media (D.E.) | 3.3 | ±2.18 | 2.17 | ±1.79 | 3.73 | ±2.17 | 0.0002 |
| Comorbilidades | | | | | | | |
| DM 2, n (%) | 42 | 39.62 | 9 | 31.03 | 33 | 42.86 | 0.47 |
| EPOC, n (%) | 21 | 19.81 | 5 | 17.24 | 16 | 20.78 | 0.79 |
| HAS, n (%) | 76 | 71.7 | 18 | 62.07 | 58 | 75.32 | 0.22 |
| Insuficiencia venosa, n (%) | 5 | 4.72 | 2 | 6.9 | 3 | 3.9 | 0.61 |
| ERC, n (%) | 14 | 13.21 | 2 | 6.9 | 12 | 15.58 | 0.34 |
| Otras, n (%) | 21 | 19.81 | 3 | 100 | 18 | 100 | 0.31 |
| Uso de oxígeno suplementario, n (%) | 10 | 9.43 | 1 | 3.45 | 9 | 11.69 | 0.27 |

Descripción de las características de la actividad sexual en los sujetos encuestados.

Posteriormente en una segunda etapa se realizó la caracterización de la actividad sexual de los sujetos encuestados donde encontramos que la importancia de la vida sexual activa es catalogada como muy importante para 47 sujetos (44.34%), indiferente para 25 sujetos (23.58%), y muy importante para 23 sujetos (21.7%). 89 sujetos (83.96%) reporta tener relaciones sexuales y de éstos 66 sujetos (62.26%) las reportan con coito. En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales 52 sujetos (49.06%) las reportan más de una vez al mes y 31 (29.25%) una vez al mes, 83 sujetos (78.3%) reportan el tipo de estimulación con estimulación por parte de su pareja, la mayoría consideran la relación sexual como satisfactoria 43 sujetos (40.57%) y de igual manera consideran muy importante la presencia de orgasmo: 34 sujetos (32.08%). 91 sujetos (85.85%) tenían estimulación previa por parte de la pareja, la mayoría en forma de contacto físico: 42 sujetos (39.62%). 106 sujetos (95.28%) reportaron la ocurrencia de contacto sexual como espontáneo. La solución de conflictos se reportó en forma de diálogo: 55 sujetos (51.89%). Solo 15 sujetos reportaron uso de algún estimulador sexual, tanto el sildenafil en 7 sujetos (6.6%) como lubricante en 6 sujetos (5.66%).

Características de la actividad sexual en sujetos sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

Para cumplir el objetivo general del estudio se realizó un análisis de las características del comportamiento sexual de los sujetos encuestados de acuerdo a la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria. Se encontró que la importancia atribuida a la sexualidad en personas sin dependencia fue: muy importante en 37 sujetos (50%), importante 17 (22.97%), poco importante 7 (9.46%) e indiferente 13 (17.57%). 64 (86.49%) reportaron tener relaciones sexuales, de las cuáles, 48 (64.86%) eran con coito, en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, se encontró que 39 (52.7%) tenían relaciones sexuales más de una vez al mes, 20 (27.03%) una vez al mes, 7 (9.46%) cada 3 meses y 8 (10.81%) una vez al año. El tipo de relación coital reportada fue estimulación por parte de la pareja en 60 (81.08%) de los sujetos, estimulación individual en 1 (1.35%), caricias desnudos en 13 (17.57%), ninguno reporto relaciones sexuales anales u orales. La satisfacción de los contactos sexuales se reportó como satisfactoria en 33 (44.59%), poco estimulante en 27 (36.49%), insatisfactorias en 12 (16.22%), y desagradables en 2 (2.7%). El orgasmo fue muy importante en 29 (39.19%), importante en 19 (25.68%), poco importante en 11 (14.86%), y no importante en 15 (20.27%). Se encontró que en 65 (87.84%) había estimulación previa a la relación sexual por parte de la pareja y que esta estimulación previa fueron besos en 17 (22.97%) caricias en 24 (32.43%) contemplación desnuda en 4 (5.41), contacto físico en 29 (39.19%). Se encontró en 38 sujetos (51.35%) la toma de la iniciativa para tener relaciones sexuales fue por parte del entrevistado, 22 (29.73%) la iniciativa fue

por parte de la pareja y 14 (18.93%) la iniciativa fue de ambos. Se encontró que en la mayoría de los casos la ocurrencia del contacto sexual era espontáneo 70 (94.59%), en 3 sujetos (4.05%) la ocurrencia del contacto sexual era programado, mientras que 1 sujeto (1.35%) reportó la ocurrencia del contacto sexual como forzado. La solución del conflicto por parte de algún miembro de la pareja ante la negativa de tener relaciones sexuales en la mayoría fue el diálogo 42 (56.76%), las excusas se reportaron en 15 (20.27%), la negación rotunda en 7 (9.46%) y la aceptación sin deseo en 10 (13.51%). 13 (17.57%) reportó el uso de un estimulador sexual, 5 (6.76%) usaban sildenafil, 5 (6.76%) usaban lubricantes, 1 (1.35) reportó el uso de películas eróticas.

Características de la actividad sexual en sujetos con dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a las características del comportamiento sexual de los sujetos encuestados con al menos una dependencia para actividades básicas de la vida diaria encontramos que en cuanto a la importancia de la vida sexual activa, para 10 (31.25%) fue muy importante, para 6 (18.75%) importante, para 4 (12.5%) poco importante y para 12 (37.5%) fue indiferente. Solo 25 (78.12%) reportaron tener relaciones sexuales, de las cuales 18 (56.25%) eran con coito. La frecuencia de relaciones sexuales, se reportó como más de una vez al mes en 13 sujetos (40.62%), una vez al mes en 11 (34.38%), cada 3 meses en 4 (12.5%), una vez al año en 4 (12.5%). Según el tipo de la relación coital se reportó estimulación por parte de la pareja en 23 (71.88%), estimulación individual en 1 (3.12%), caricias desnudos en 8 (25%), ninguno reportó tener relaciones sexuales anales u orales. La satisfacción de las relaciones sexuales fue reportada como satisfactoria en 10 (31.25%), poco estimulantes en 14 (43.75%), insatisfactorias en 5 (15.62%), y como desagradables en 2 (6.25%). La presencia del orgasmo en este grupo de personas fue muy importante para 5 (15.62%), importante para 8 (28.12%), poco importante para 3 (9.38%), no importante para 15 (46.88%). Se encontró que en 26 (81.25%) existía estimulación previa por parte de la pareja y que el tipo de estimulación fueron besos en 7 (21.88%), caricias en 9 (28.12%), contemplación desnuda en 3 (9.38%) contacto físico en 13 (40.62%). 9 (28.12%) de los sujetos entrevistados tomaban la iniciativa para tener relaciones sexuales, mientras que 17 (53.12%) la iniciativa era tomada por la pareja y en 6 (18.75%) la iniciativa era por ambas partes. La ocurrencia del contacto sexual fue reportada en 1 (3.12%) como programado, en 31 (96.88%) como espontáneo y ninguno forzado. La solución de conflictos se reportó en 13 (40.62%) como dialogo, en 6 (18.75%) excusas, 8 (25%) negación rotunda, y 2 (6.25%) aceptación sin deseo. En este grupo hubo reporte de que solo 2 (6.25%) usaban algún estimulador sexual y estos fueron sildenafil y lubricante. Cuadro IV muestra las características de la actividad sexual según la dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

Cuadro IV. Características de la actividad sexual según la dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

| Características | ABVD | | | | | | P |
|--|-------|--------|-----------------|-------|----------------|-------|------|
| | Total | | Sin dependencia | | >1 dependencia | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Importancia de la vida sexual activa | | | | | | | 0.12 |
| Muy importante, n (%) | 47 | 44.34 | 37 | 50 | 10 | 31.25 | |
| Importante, n (%) | 23 | 21.7 | 17 | 22.97 | 6 | 18.75 | |
| Poco importante, n (%) | 11 | 10.38 | 7 | 9.46 | 4 | 12.5 | |
| Indiferente, n (%) | 25 | 23.58 | 13 | 17.57 | 12 | 37.5 | |
| Tiene relaciones sexuales, n (%) | 89 | 83.96 | 64 | 86.49 | 25 | 78.12 | 0.38 |
| Relaciones con coito, n (%) | 66 | 62.26 | 48 | 64.86 | 18 | 56.25 | 0.51 |
| Frecuencia de relaciones sexuales | | | | | | | 0.66 |
| Más de una vez al mes, n (%) | 52 | 49.06 | 39 | 52.7 | 13 | 40.62 | |
| Una vez al mes, n (%) | 31 | 29.25 | 20 | 27.03 | 11 | 34.38 | |
| Cada tres meses, n (%) | 11 | 10.38 | 7 | 9.46 | 4 | 12.5 | |
| Cada ocho meses, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Una vez al año, n (%) | 12 | 11.32 | 8 | 10.81 | 4 | 12.5 | |
| Tipo de relación coital | | | | | | | 0.41 |
| Estimulación por parte de la pareja, n (%) | 83 | 78.3 | 60 | 81.08 | 23 | 71.88 | |
| Estimulación individual, n (%) | 2 | 1.09 | 1 | 1.35 | 1 | 3.12 | |
| Relación sexual anal, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Relación sexual oral, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Caricias desnudos, n (%) | 21 | 19.81 | 13 | 17.57 | 8 | 25 | |
| Satisfacción de los contactos sexuales | 43 | 40.57 | | | | | 0.34 |
| Satisfactorias, n (%) | 41 | 38.68 | 33 | 44.59 | 10 | 31.25 | |
| Poco estimulantes, n (%) | 17 | 16.04 | 27 | 36.49 | 14 | 43.75 | |
| Insatisfactorias, n (%) | 4 | 3.77 | 12 | 16.22 | 5 | 15.62 | |
| Desagradables, n (%) | 1 | 0.94 | 2 | 2.7 | 2 | 6.25 | |
| Importancia de la presencia de orgasmo | | | | | | | 0.02 |
| Muy importante, n (%) | 34 | 32.08% | 29 | 39.19 | 5 | 15.62 | |
| Importante, n (%) | 28 | 26.42 | 19 | 25.68 | 9 | 28.12 | |
| Poco importante, n (%) | 14 | 13.21 | 11 | 14.86 | 3 | 9.38 | |
| No importante, n (%) | 30 | 28.3 | 15 | 20.27 | 15 | 46.88 | |
| Estimulación previa por parte de la pareja, n (%) | 91 | 85.85 | 65 | 87.84 | 26 | 81.25 | 0.37 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------|----|-------|----|-------|-------------|
| Tipo de estimulación previa | | | | | | | 0.88 |
| Besos, n(%) | 24 | 22.64 | 17 | 22.97 | 7 | 21.88 | |
| Caricias, n, (%) | 33 | 31.13 | 24 | 32.43 | 9 | 28.12 | |
| Contemplación desnuda, n (%) | 7 | 6.6 | 4 | 5.41 | 3 | 9.38 | |
| Contacto físico, n (%) | 42 | 39.62 | 29 | 39.19 | 13 | 40.62 | |
| Palabras estimulantes, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Toma de iniciativa | | | | | | | 0.04 |
| Entrevistado, n (%) | 47 | 44.34 | 38 | 51.35 | 9 | 28.12 | |
| Pareja, n (%) | 39 | 36.79 | 22 | 29.73 | 17 | 53.12 | |
| Ambos, n (%) | 20 | 18.87 | 14 | 18.92 | 6 | 18.75 | |
| Ocurrencia de contacto sexual | | | | | | | 1 |
| Programado, n (%) | 4 | 3.77 | 3 | 4.05 | 1 | 3.12 | |
| Espontáneo, n (%) | 101 | 95.28 | 70 | 94.59 | 31 | 96.88 | |
| Forzado, n (%) | 1 | 0.94 | 1 | 1.35 | 0 | 0 | |
| Solución de conflictos | | | | | | | 0.17 |
| Diálogo, n (%) | 55 | 51.89 | 42 | 56.76 | 13 | 40.62 | |
| Excusas, n (%) | 21 | 19.81 | 15 | 20.27 | 6 | 18.75 | |
| Negación rotunda, n (%) | 15 | 14.15 | 7 | 9.46 | 8 | 25 | |
| Aceptación sin deseo, n (%) | 15 | 14.15 | 10 | 13.51 | 5 | 15.62 | |
| Usa estimulador sexual, n (%) | 15 | 14.15 | 13 | 17.57 | 2 | 6.25 | 0.22 |
| Tipo de estimulador sexual | | | | | | | 0.63 |
| Sildenafil, n (%) | 7 | 6.6 | 5 | 6.76 | 2 | 6.25 | |
| Lubricantes, n (%) | 6 | 5.66 | 5 | 6.76 | 1 | 3.12 | |
| Películas eróticas, n (%) | 1 | 0.94 | 1 | 1.35 | 0 | 0 | |
| Otros, n (%) | 1 | 0.94 | 0 | 0 | 1 | 3.12 | |

Diferencias en las características de la actividad sexual de acuerdo al nivel funcional de los sujetos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de personas sin y con dependencia funcional para actividades básicas en la importancia atribuida al orgasmo (se consideró muy importante en el 39.2 vs 15.6%, $p=0.02$). Por otro lado la toma de la iniciativa para el contacto sexual en personas sin dependencia funcional para ABVD se reportó más elevada que para las personas con dependencia funcional (51.4 vs 28.1%, $p= 0.04$).

Características de la actividad sexual en sujetos sin dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria.

En la tabla 5 se describen las características del comportamiento sexual de los sujetos encuestados de acuerdo a la dependencia de las actividades instrumentadas de la vida diaria. Donde encontramos que de las personas sin dependencia para actividades instrumentadas la importancia de la vida sexual activa fue muy importante para 12 (41.38%), importante para 10 (34.48%), poco importante para 1 (3.45%), indiferente para 6 (20.69%). 25 (86.21%) reportaron tener relaciones sexuales, de las cuales en 21 (72.41%) eran con coito. En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales en 16 (55.17%) se reportó una frecuencia de más de una vez al mes, y en 9 (31.03%) una vez al mes, 2 (6.9%) cada 3 meses, y en 2 (6.9%) una vez al año. Por el tipo de relación coital se reportó que en 24 (82.76%) fueron con estimulación por parte de la pareja, 1(3.45%) fueron estimulación individual, no se encontró relación sexual anal u oral, 4 (13.79%) caricias desnudos. En cuando a la satisfacción de los contactos sexuales en los sujetos sin dependencia de actividades instrumentadas se encontró que el 34.48%(10 sujetos) fueron satisfactorias, el 34.48% (10 sujetos) las encontraron poco estimulantes, 24.14% (7 sujetos) las encontraron insatisfactorias, y 6.9% (2 sujetos) desagradables. La importancia del orgasmo fue catalogada como muy importante por 10 sujetos (34.48%), importante por 10 (34.48%), poco importante por 3 (10.34%), y no importante en 6 (20.69%). Se encontró que en 25 (86.21%) había estimulación previa por parte de la pareja. Por tipo de estimulación previa fueron besos en 7 (24.14%), caricias en 8 (27.59%), contemplación desnuda en 2 (6.9%), contacto físico en 12 (41.38%). Se encontró que la iniciativa para tener relaciones sexuales era tomada por el entrevistado en el 31.03% (9 sujetos), toma de iniciativa por parte de la pareja en 48.28% (14 sujetos), y ambos 20.69% (6 sujetos). De acuerdo a la ocurrencia de contacto sexual se encontró programado en 1 (3.45%), espontáneo en 27 (93.1%), y forzado en 1 (3.45%). La solución de

conflictos se reportó con diálogo en 13 (44.83%), excusas 6 (20.69%), negación rotunda 4 (13.79%) y aceptación sin deseo en 6 (20.69%). Se reportó que 4 sujetos usaban estimulador sexual de los cuales 1 (3.45%) fue sildenafil y 3 (10.34%) lubricante.

Características de la actividad sexual en sujetos con dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria.

Se encontró que en las personas con más de una dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria en 35 (45.45%) la actividad sexual era muy importante, en 13 (16.88%) era importante, en 10 (12.99%) poco importante y en 19 (24.68%) indiferente. 64 sujetos (83.12%) reportó tener relaciones sexuales, de las cuales en 45 (58.44%) eran relaciones con coito, y su frecuencia fue reportada como más de una vez al mes en 36 (46.75%), una vez al mes en 22 (28.57%), cada 3 meses en 9 (11.69%), una vez al año en 10 (12.99%). Por el tipo de relación coital se encontró estimulación por parte de la pareja en 59 (76.62%), estimulación individual en 1 (1.3%), caricias y desnudos en 17 (22.08%). De acuerdo a la satisfacción de los contactos sexuales se encontró que fueron satisfactorias en 33 (42.86%), poco estimulantes en 31 (40.26%), insatisfactorias en 10 (12.99%) y desagradables en 3 (3.9%). La importancia del orgasmo para este grupo fue reportada como muy importante para 24 (31.17%), importante para 18 (23.38%), poco importante para 11 (14.29%), no importante para 24 (31.17%). 66 sujetos (85.71%) reportaron estimulación por parte de la pareja, y de acuerdo al tipo de estimulación se encontró que eran besos en 17 (22.08%), caricias en 25 (32.47%), contemplación desnuda en 5 (6.49%), contacto físico en 30 (38.96%). La toma de la iniciativa para el contacto sexual fue de 38 (49.35%) por parte del entrevistado, 25 (32.47%) por parte de la pareja, y por ambos en 14 (18.18%). La ocurrencia del contacto sexual de forma programada fue reportado en 3 (3.9%), espontáneo en 74 (96.1%) y no se reportó ningún caso forzado. La solución de conflictos dialogando se encontró en 42 (54.55%), excusas en 15 (19.48%), negación rotunda en 11 (14.29%), aceptación sin deseo en 9 (11.69%). 11(14.29%) sujetos usaban estimulador sexual, de los cuales 6 (7.7%) reportaron el uso del sildenafil, 3 (3.9%) lubricante, y 1 (1.3%) películas eróticas. Tabla 5 muestra las características de la actividad sexual según la dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria.

Cuadro V. Características de la actividad sexual según la dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria.

| Característica | AIVD | | | | | | P |
|--|-------|--------|-----------------|-------|----------------|-------|------|
| | Total | | Sin dependencia | | >1 dependencia | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Importancia de la vida sexual activa | | | | | | | 0.19 |
| Muy importante, n (%) | 47 | 44.34 | 12 | 41.38 | 35 | 45.45 | |
| Importante, n (%) | 23 | 21.7 | 10 | 34.48 | 13 | 16.88 | |
| Poco importante, n (%) | 11 | 10.38 | 1 | 3.45 | 10 | 12.99 | |
| Indiferente, n (%) | 25 | 23.58 | 6 | 20.69 | 19 | 24.68 | |
| Tiene relaciones sexuales, n (%) | 89 | 83.96 | 25 | 86.21 | 64 | 83.12 | 1 |
| Relaciones con coito, n (%) | 66 | 62.26 | 21 | 72.41 | 45 | 58.44 | 0.26 |
| Frecuencia de relaciones sexuales | | | | | | | 0.75 |
| Más de una vez al mes, n (%) | 52 | 49.06 | 16 | 55.17 | 36 | 46.75 | |
| Una vez al mes, n (%) | 31 | 29.25 | 9 | 31.03 | 22 | 28.57 | |
| Cada tres meses, n (%) | 11 | 10.38 | 2 | 6.9 | 9 | 11.69 | |
| Cada ocho meses, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Una vez al año, n (%) | 12 | 11.32 | 2 | 6.9 | 10 | 12.99 | |
| Tipo de relación coital | | | | | | | 0.39 |
| Estimulación por parte de la pareja, n (%) | 83 | 78.3 | 24 | 82.76 | 59 | 76.62 | |
| Estimulación individual, n (%) | 2 | 1.09 | 1 | 3.45 | 1 | 1.3 | |
| Relación sexual anal, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Relación sexual oral, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Caricias desnudos, n (%) | 21 | 19.81 | 4 | 13.79 | 17 | 22.08 | |
| Satisfacción de los contactos sexuales | 43 | 40.57 | | | | | 0.43 |
| Satisfactorias, n (%) | 41 | 38.68 | 10 | 34.48 | 33 | 42.86 | |
| Poco estimulantes, n (%) | 17 | 16.04 | 10 | 34.48 | 31 | 40.26 | |
| Insatisfactorias, n (%) | 4 | 3.77 | 7 | 24.14 | 10 | 12.99 | |
| Desagradables, n (%) | 1 | 0.94 | 2 | 6.9 | 3 | 3.9 | |
| Importancia de la presencia de orgasmo | | | | | | | 0.56 |
| Muy importante, n (%) | 34 | 32.08% | 10 | 34.48 | 24 | 31.17 | |
| Importante, n (%) | 28 | 26.42 | 10 | 34.48 | 18 | 23.38 | |
| Poco importante, n (%) | 14 | 13.21 | 3 | 10.34 | 11 | 14.29 | |
| No importante, n (%) | 30 | 28.3 | 6 | 20.69 | 24 | 31.17 | |
| Estimulación previa por parte de la pareja, n (%) | 91 | 85.85 | 25 | 86.21 | 66 | 85.71 | 1 |
| Tipo de estimulación previa | | | | | | | 0.96 |
| Besos, n(%) | 24 | 22.64 | 7 | 24.14 | 17 | 22.08 | |
| Caricias, n, (%) | 33 | 31.13 | 8 | 27.59 | 25 | 32.47 | |
| Contemplación desnuda, n (%) | 7 | 6.6 | 2 | 6.9 | 5 | 6.49 | |
| Contacto físico, n (%) | 42 | 39.62 | 12 | 41.38 | 30 | 38.96 | |
| Palabras estimulantes, n (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Toma de iniciativa | | | | | | | 0.2 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------|----|-------|----|-------|------|
| Entrevistado, n (%) | 47 | 44.34 | 9 | 31.03 | 38 | 49.35 | |
| Pareja, n (%) | 39 | 36.79 | 14 | 48.28 | 25 | 32.47 | |
| Ambos, n (%) | 20 | 18.87 | 6 | 20.69 | 14 | 18.18 | |
| Ocurrencia de contacto sexual | | | | | | | 0.31 |
| Programado, n (%) | 4 | 3.77 | 1 | 3.45 | 3 | 3.9 | |
| Espontáneo, n (%) | 101 | 95.28 | 27 | 93.1 | 74 | 96.1 | |
| Forzado, n (%) | 1 | 0.94 | 1 | 3.45 | 0 | 0 | |
| Solución de conflictos | | | | | | | 0.66 |
| Diálogo, n (%) | 55 | 51.89 | 13 | 44.83 | 42 | 54.55 | |
| Excusas, n (%) | 21 | 19.81 | 6 | 20.69 | 15 | 19.48 | |
| Negación rotunda, n (%) | 15 | 14.15 | 4 | 13.79 | 11 | 14.29 | |
| Aceptación sin deseo, n (%) | 15 | 14.15 | 6 | 20.69 | 9 | 11.69 | |
| Usa estimulador sexual, n (%) | 15 | 14.15 | 4 | 13.79 | 11 | 14.29 | 1 |
| Tipo de estimulador sexual | | | | | | | 0.69 |
| Sildenafil, n (%) | 7 | 6.6 | 1 | 3.45 | 6 | 7.7 | |
| Lubricantes, n (%) | 6 | 5.66 | 3 | 10.34 | 3 | 3.9 | |
| Películas eróticas, n (%) | 1 | 0.94 | 0 | 0 | 1 | 1.3 | |
| Otros, n (%) | 1 | 0.94 | 25 | 86.21 | 67 | 87.01 | |

IV. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se determinó la caracterización de la actividad sexual de adultos de 70 años y más de acuerdo a su nivel funcional. Se aplicó un cuestionario elaborado y validado en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Santiago de Chile, la escala de actividades básicas de la vida diaria de Katz y la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody a 106 pacientes que acudieron al área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 222, en el municipio de Toluca, Estado de México, del 11 al 31 de diciembre de 2017. Se encontró que la mayoría de los sujetos entrevistados eran casados, con escolaridad de predominio primaria, nivel socioeconómico bajo, así como comorbilidades más prevalentes en este grupo de pacientes estudiados fueron Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedad Renal Crónica, de igual manera se encontró que los sujetos con más de una dependencia tanto actividades básicas como instrumentadas tenían una prevalencia mayor de comorbilidades. El número de medicamentos fue mayor en personas con más de una dependencia tanto para actividades básicas como instrumentadas de la vida diaria, esto es importante como lo comenta Hartmans en el capítulo Sexualidad en la edad adulta del libro Medicina geriátrica y gerontología Brocklehurst'sse debe informar a los pacientes acerca de los posibles efectos secundarios de los medicamentos que pueden afectar negativamente el comportamiento sexual.²³ Esta tendencia entre pacientes dependientes de tener prescripción de un número más elevado de medicamentos, puede afectar el funcionamiento sexual, como lo describe Crenshaw y cols. los medicamentos pueden afectar el funcionamiento y el deseo sexual, así como causar disfunción sexual, por lo tanto, siempre que sea posible, los médicos deben considerar prescribir una dosis más baja, lo que puede evitar o limitar los efectos secundarios negativos sobre el funcionamiento sexual.²⁶

Como lo menciona Hartmans, la mayoría de los estudios sobre sexualidad y actividad sexual reportan una disminución en los adultos mayores. Además, no hay una definición unificada de sexualidad en la vida posterior, lo que dificulta la interpretación o comparación de los datos disponibles. Los estudios que usan una definición amplia de sexualidad y comportamiento sexual indican cómo un porcentaje de adultos mayores informan sobre la continuación de la actividad sexual, los sentimientos de deseo y las relaciones íntimas a lo largo de sus vidas. Incluso la literatura menciona que aquellos pacientes mayores que valoran sus relaciones sexuales anteriores como satisfactorios pueden continuar haciéndolo en etapas posteriores de la vida, pero puede llevar más tiempo excitarse, y se necesita más estimulación para alcanzar el clímax.²⁷ En nuestro estudio al analizar las características de la actividad sexual de acuerdo a dependencia o independencia en actividades básicas de la vida diaria, se encontró que la importancia de la vida sexual activa es mayor para las personas sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria en comparación con las personas dependientes. En cambio, la importancia que las personas dependientes para actividades instrumentadas atribuyen a la vida sexual activa es mayor en comparación con las personas sin dependencia. Un estudio sobre la

percepción de la sexualidad entre adultos mayores (edad media, 71 años, 54% mujeres) mostró que el 42% de los encuestados estaba de acuerdo en que la sexualidad era importante y casi el 70% informaron una necesidad continuada de contacto e intimidad.²⁴ En nuestro estudio se encontró que las personas sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria tienen relaciones sexuales con coito, con mayor frecuencia, con estimulación por parte de su pareja en forma de contacto físico y que éstas eran más satisfactorias en comparación con las personas con dependencia para actividades básicas de la vida diaria. Wong reporta que las necesidades de contacto sexual en hombres mayores de 60 años de edad puede limitarse a una o dos veces por semana y ser suficiente para su bienestar.³⁰ En nuestro estudio se encontró que la toma de iniciativa para tener contacto sexual fue en su mayoría por el entrevistado sin dependencia, la ocurrencia del contacto sexual tanto para personas sin dependencia como para las dependientes fue de forma espontánea y la solución de conflictos ante la negativa por alguna de las partes se resolvía dialogando. Fueron muy pocos los sujetos que reportaban el uso de algún estimulador sexual y de éstos los más usados fueron sildenafil y lubricante, probablemente por la poca educación sobre sexualidad que hay en nuestro medio.

Al analizar las características de la actividad sexual de acuerdo a independencia o dependencia para actividades instrumentadas de la vida diaria, se encontró que la importancia de la vida sexual activa es mayor en personas dependientes, que las relaciones sexuales son con coito, así como la frecuencia era mayor en personas independientes para actividades instrumentadas, la estimulación es en su mayoría por parte de su pareja para este grupo, y que el contacto sexual era en su mayoría satisfactorio. La presencia de orgasmo es muy importante para las personas independientes para actividades de la vida diaria, sin embargo, lo descrito por Wong y cols. es que el hombre de edad avanzada puede gozar perfectamente el coito sin llegar necesariamente al orgasmo, estos autores no especifican si los sujetos son independientes o dependientes para actividades básicas o instrumentadas de la vida diaria.³⁰ La estimulación previa por parte de la pareja en forma de contacto físico. La toma de la iniciativa era por parte del entrevistado sin dependencia, en forma de contacto sexual espontáneo, ante la negativa por un miembro de la pareja se resolvía dialogando. El uso de algún estimulador sexual se reportó más alto en personas con más de una dependencia en alguna actividad instrumentada y el estimulador más usado fue sildenafil que como lo reporta Marshall, desde 1998 momento en el que fue lanzado al mercado por Estados Unidos fue catalogada una nueva era en la sexualidad para aquellos en la mediana edad y mayores.²⁸

Jaarsma y cols., mencionan que varias enfermedades pueden tener un impacto en el deseo sexual, la sexualidad y el funcionamiento sexual. Por ejemplo, la pérdida de la libido a menudo es reportada por pacientes diagnosticados con depresión ya sea por la condición en sí o como un efecto secundario del uso de antidepresivos. Algunos de los trastornos más comunes que pueden afectar adversamente el funcionamiento sexual son la insuficiencia cardíaca, los

accidentes cerebrovasculares y la diabetes. Como se encontró en nuestro estudio, los pacientes diabéticos reportaron mayores niveles de dependencia y por lo tanto una satisfacción sexual menor en comparación de los sujetos sin diabetes.²⁹ Otras afecciones médicas que afectan la sexualidad de manera significativa son la osteoartritis y la artritis reumatoide, la lumbalgia, Enfermedad de Parkinson, demencia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, prostatitis crónica e incontinencia de esfuerzo en mujeres.²⁵

En nuestro estudio se encontró que la mayoría de los sujetos tenían estado civil casado, sin embargo, cifras de la Encuesta Intercensal 2015, muestran que en México habitan 4,4 millones de personas cuya situación conyugal es la viudez, una condición presente en mayor medida en las mujeres, tal es que ocho de cada 10 personas viudas en México pertenecen a este género. La edad promedio de las viudas y viudos en México es de 67.9 años; 73.9 por ciento tiene 60 y más años.⁵ Wong describe que la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal percibida. Todos estos mitos y prejuicios sociales limitan al anciano, privándole de su derecho de mantener su actividad sexual satisfactoria. Más aún, debido a la mayor longevidad de la población es cada vez más probable que los ancianos se casen con parejas sexualmente incapaces, lo cual es más frecuente en las ancianas que normalmente se vuelven a casar con ancianos de mayor edad, transformándose en "esposas cuidadoras". Sin embargo, en los ancianos no es infrecuente el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes.³⁰

Se encontró que la importancia de la presencia de orgasmo fue estadísticamente significativa en sujetos sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria. Hasta donde tenemos conocimiento este es el primer estudio que documenta la asociación entre importancia atribuida al orgasmo y la toma de la iniciativa para actividad sexual con la dependencia funcional en adultos mayores.

Desde el punto de vista apreciativo, diversos sujetos encuestados mencionaron de forma importante la preocupación sobre morir en el acto sexual debido a enfermedades pulmonares y cardíacas, lo cual está mencionado en la literatura. El efecto psicológico de un problema sexual por lo general afecta tanto al paciente como a la pareja. Por ejemplo, en pacientes con enfermedades cardíacas, el temor a otro infarto o incluso a la muerte durante el coito puede interferir con la capacidad del paciente y la pareja para realizar y disfrutar de tener relaciones sexuales.²³ Los médicos deben informar a los pacientes y sus parejas de que la actividad sexual no está contraindicada porque el mayor gasto de energía durante la actividad sexual no excede el consumo de oxígeno en comparación con subir tres tramos de escaleras o realizar tareas domésticas generales.²⁵ Consideramos que este tema podría ser tomado en cuenta para investigaciones futuras.

V. CONCLUSIONES.

La sexualidad, el comportamiento sexual y la intimidad son considerados aspectos de calidad de vida y siguen siendo importantes a lo largo de todas las fases de la vida, incluso en la vida tardía. En particular el desempeño sexual ha sido un marcador de éxito o fracaso de envejecimiento. La necesidad de interacción, de intimidad y de afecto de una persona no termina en la vejez; es más, el interés por la actividad sexual es un indicador de la calidad de vida del adulto mayor y así debe ser entendido y tratado por los profesionales de la salud. Nuestro estudio encontró que esto es válido en cuestión de independencia, que para las personas que se mantienen sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria, la importancia de la presencia de orgasmo fue estadísticamente significativa y se encontró incluso que quien toma la iniciativa para el contacto sexual son las personas que se mantienen sin dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Guadarrama RM, Catalina M, Zaragoza O, Moreno C, González A, Avilés P. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. *Medigraphic*. 2010;15(2):72-79.
2. Alarcón É, Berasain G, Boid J, Gárate K, Rojas M, Tobar P. Tipo , frecuencia y calidad de las relaciones sexuales en la tercera edad . " La magia del amor ." *Ars Medica Rev ciencias médicas*. 2002.
3. Drench ME, Losee RH. Sexuality and sexual capacities of elderly people. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses*. 1996;21(3):118-123.
4. DeLamater J. Sexual Expression in Later Life: A Review and Synthesis. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):125-141. doi:10.1080/00224499.2011.603168.
5. Prensa DE, De DED, Intercensal E. Resultados Definitivos De La Encuesta Intercensal 2015. *BOLETÍN PRENSA NÚM 524/15*. 2015:4-7.
6. Cherpak GL. Assessment of physicians ' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. *Einstein*. 2016;14(55 11):178-184. doi:10.1590/S1679-45082016AO3556.
7. Watson WK, Stelle C, Bell N. Older Women in New Romantic Relationships : Understanding the Meaning and Importance of Sex in Later Life. *Int J Aging Hum Dev*. 2016. doi:10.1177/0091415016680067.
8. González JI, Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría : del invento de la rueda a la era electrónica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;43(5):265-267. doi:10.1016/S0211-139X(08)73567-4.
9. Gerrard P, Luce J, Bean JF, Jette AM, Zafonte R. Benchmarking Functional Status in Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(12):2264-2271. doi:10.1016/j.apmr.2014.06.012.
10. Colón-meric CS, Whitson HE, Pavon J. Functional Decline in Older Adults. *Am Fam Physician*. 2013;88(6):388-394. <http://dx.doi.org/>.
11. Córcoles-jiménez MP, Ruiz-garcía MV, Herreros-sáez L, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 a ~ nos &. *Enfermería clínica*. 2016;26(2). doi:10.1016/j.enfcli.2015.09.010.
12. Martí FJ, Bravo CV, Gil P, et al. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de Urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(2):63-66. doi:10.1016/j.regg.2009.09.006.
13. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication Use and Functional Status Decline in Older Adults : A Narrative Review. *AJGP*. 2011;9(6):378-391. doi:10.1016/j.amjopharm.2011.10.002.
14. Soler PA, Alexandre S, Silguero A, Navarro L. *Valoración Funcional En El Anciano*. Elsevier Espa8#241;a, S.L.; 2015. doi:10.1016/B978-84-9022-120-4/00021-5.
15. Algilani S, ??stlund-Lagerstr??m L, Kihlgren A, Blomberg K, Brummer RJ, Schoultz I. Exploring the concept of optimal functionality in old age. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:69-79. doi:10.2147/JMDH.S55178.
18. Manrique Espinoza B, Salinas Rodríguez A, Moreno Tamayo KM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Mex*. 2013;55(1) 323-331.
19. Siegel JS. *The Demography and Epidemiology of Human Health and Aging*. Nueva York: Springer, 2012.

20. Algilani S, Ostlund-Lagerström L, Kihlgren A, Blomberg K, Brummer RJ, Schoultz I. Exploring the concept of optimal functionality in old age. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:69-79.
21. Silva CAM, Orellana PAR, Nassr GNM, Silva CAM, Orellana PAR, Nassr GNM. Functional status evaluation of older adults with moderate and severe unit belonging to a family health center. *Fisioter e Pesqui*. 2015;22(1):76-83.
22. Bustamante F, Larraín M, Zuñiga P, Francisca N. *Trastornos de La Sexualidad*. Elsevier España 241;a, S.L.; 2011.
23. Hartmans C, Sexuality in Old .Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, 98, 831-835.e1. 2017.
24. Hartmans C, Comijs H, Jonker C: The perception of sexuality in older adults and its relationship with cognitive functioning. *Am J Geriatr Psychiatry* 23:243–252, 2015.
25. Jaarsma T, Fridlund B, Mårtensson J: Sexual dysfunction in heart failure patients. *Curr Heart Fail Rep* 11:330–336, 2014.
26. Crenshaw TL, Goldberg JP: Sexual pharmacology: drugs that affect sexual functioning, New York, 1996, WW Norton.
27. Gott M, Hinchliff S: How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* 56:1617–1628, 2003.
28. Marshall BL. Medicalization and the refashioning of age-related limits on sexuality. *J Sex Res*. 2012;49(4):337-343.
29. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Metabolic Syndrome and Sexual Function in Postmenopausal Women. *Am J Med*. 2016;129(12):1270-1277.
30. Luis Armando WC, Yamitsi AR, Milagro de la Caridad DM, Alexis GI. La sexualidad en la tercera edad: Factores fisiológicos y sociales / Sexuality in elder people: Physiologic and social factors. *Rev Médica Electrónica VO* - 32. 2010;(3):0.

5. Si son con coito ¿Cómo son?
 - a) Estimulación por parte de la pareja
 - b) Estimulación individual
 - c) Relación sexual anal
 - d) Relación sexual oral
 - e) Caricias desnudos

6. Cómo considera que son sus relaciones sexuales?
 - a) Satisfactorias
 - b) Poco estimulantes
 - c) Insatisfactorias
 - d) Desagradables

7. ¿Es importante para usted la presencia de orgasmo en el acto sexual?
 - a) Muy importante
 - b) Importante
 - c) Poco importante
 - d) No importante

8. Previo a una relación sexual ¿Existe estimulación o preparación por parte de la pareja?
 - a) Si
 - b) No

9. ¿Cuáles?
 - a) Besos
 - b) Caricias
 - c) Contemplación desnuda
 - d) Contacto (toques)
 - e) Palabras estimulantes

10. Dentro de la relación quién toma la iniciativa
 - a) Usted
 - b) Su pareja
 - c) Ambos

11. Sus relaciones sexuales son:
 - a) Programadas
 - b) Espontáneas
 - c) Forzadas

12. Cuando su pareja tiene deseo de tener relaciones sexuales, y usted no ¿cómo lo resuelve?
 - a) Dialogando

- b) Excusándose
- c) Negándose rotundamente
- d) Aceptando, sin deseo

13. ¿Usted usa algún tipo de estimulador sexual?

- a) Si
- b) No

14. ¿Cuáles?

- a) Viagra
- b) Lubricantes
- c) Películas eróticas
- d) Otros

¿Cuáles? _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

Tiempo

1. Baño (Esponja, regadera o tina)

- 1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).
 1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna).
 0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.

Premorbido

Actual

2. Vestido

- 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.
 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.
 0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.

3. Uso del Sanitario

- 1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).
 1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.
 0: Que no vaya al baño por sí mismo.

4. Transferencias

- 1: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).
 1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.
 0: Que no pueda salir de la cama.

5. Continencia

- 1: Control total de esfínteres.
 1: Que tenga accidentes ocasionales.
 0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.

(a) Urinaria (Tipo): _____

(b) Fecal (Tipo): _____

¿Utiliza pañal o protector?

Sí No Tiempo: _____

6. Alimentación

- 1: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna.
 1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.
 0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.

TOTAL

CALIFICACIÓN DE KATZ

- [A] Independencia en todas las funciones.
 [B] Independencia en todas las funciones menos en una.
 [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra función adicional.
 [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional.
 [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra función adicional.
 [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra función adicional.
 [G] Dependiente en las seis funciones.
 [H] Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en C, D, E y F.

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)

Tiempo

| | Premorbido | Actual |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| 1) Capacidad para usar el teléfono 1: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema. 1: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. 1: Contesta el teléfono pero no llama. 0: No usa el teléfono. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Transporte 1: Se transporta solo. 1: Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. 1: Viaja en transporte colectivo acompañado. 0: Viaja en taxi o auto acompañado. 0: No sale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Medicación 1: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. 0: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. 0: Es incapaz de hacerse cargo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Finanzas 1: Maneja sus asuntos independientemente. 0: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. 0: Es incapaz de manejar dinero. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Compras 1: Vigila sus necesidades independientemente. 0: Hace independientemente sólo pequeñas compras. 0: Necesita compañía para cualquier compra. 0: Incapaz de cualquier compra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Cocina 1: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. 0: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. 0: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. 0: Necesita que le preparen los alimentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Cuidado del Hogar 1: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. 1: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. 1: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. 1: Necesita ayuda en todas la actividades. 0: No participa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Lavandería 1: Se ocupa de su ropa independientemente. 1: Lava sólo pequeñas cosas. 0: Todos se lo tienen que lavar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TOTAL | <input type="text" value="___/8"/> | <input type="text" value="___/8"/> |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|---|
| Nombre del estudio: | Características de la actividad sexual adultos de 70 años y más de acuerdo a su nivel funcional |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Mes de Diciembre de 2017, UMF 222, Toluca de Lerdo, Estado de México |
| Número de registro: | Pendiente |
| Justificación y objetivo del estudio: | El protocolo puede tener un impacto positivo sobre los estereotipos, mitos y construcciones sociales relacionadas a la sexualidad durante la vejez. El estudio permitirá ampliar el horizonte del conocimiento en materia de la sexualidad en la vejez. Objetivo: caracterizar la actividad sexual de adultos de 70 años y más de acuerdo a su nivel funcional mediante un cuestionario realizado a adultos mayores atendidos en área de consulta externa de la UMF 222 del IMSS en el mes de diciembre de 2017 |
| Procedimientos: | Realización de encuesta sobre actividad sexual, aplicación de escala Katz y Lawton |
| Posibles riesgos y molestias: | Sentimiento de intrusión a la intimidad |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | En caso que algún sujeto que reporte cursar con alguna disfunción sexual o problemática en la esfera sexual se realizará la canalización efectiva al servicio clínico o paraclínico correspondiente dentro de la Institución. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Las conclusiones del estudio podrán ser informadas en caso de que así lo solicite el participante |
| Participación o retiro: | El sujeto podrá desistir en su participación en cualquier momento si así lo desea |
| Privacidad y confidencialidad: | Se respetará el derecho de confidencialidad sobre la información obtenida de cada paciente |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr Guillermo Austreberto Espinosa Fuentes

Colaboradores:

Dr Alejandro Acuña Arellano

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio