



---

**“UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ”**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**HOSPITAL CENTRAL  
“DR. IGNACIO MORONES PRIETO”**

***“FACTORES FISICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES QUE LIMITAN UNA VIDA  
SEXUAL PLENA EN LA VEJEZ.”***

TESINA  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN

**MEDICINA INTEGRADA**

PRESENTA:

**DRA. BLANCA RUTH HERNANDEZ ORTIZ.**

ASESORES:

**DRA. ANGELINA GONZÁLEZ HURTADO**

**DR. FCO. JAVIER LÓPEZ ESQUEDA**

San Luis Potosí, S. L. P. Marzo del 2009

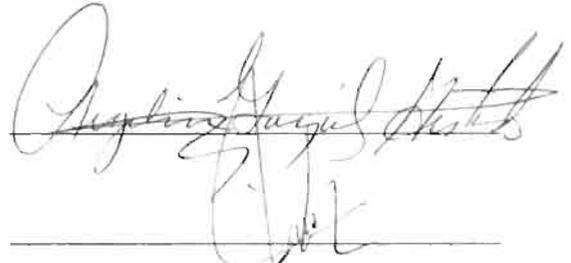
**"FACTORES FISICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES QUE LIMITAN UNA  
VIDA SEXUAL PLENA EN LA VEJEZ."**

PRESENTA:

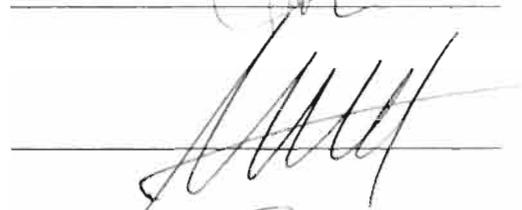
**DRA. BLANCA RUTH HERNANDEZ ORTIZ**

ASESOR (ES):

DRA. ANGELINA GONZÁLEZ HURTADO



DR. FCO. JAVIER LÓPEZ ESQUEDA



DR. GUILLERMO STEVENS AMARO  
Jefe de Postgrado de la Facultad  
de Medicina de la UASLP



DR. CARLOS G. ALONSO RIVERA  
Subdirector de Enseñanza e Investigación  
del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"



DR. MARCO VINICIO GONZÁLEZ RUBIO  
Jefe de la División de Consulta Externa  
y Urgencias

DR. JOSÉ LUIS HUERTA GONZÁLEZ  
Coordinador de la Especialidad  
en Medicina Integrada

**DEDICADO A**

**ERIK IKER Y JASON RICK**

**EL MOTOR DE MI VIDA Y LOS CAUSANTES DE  
MI REALIZACION COMO MUJER, MADRE Y  
PROFESIONISTA...**

## AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este viaje que inicie, he vivido consultando los libros y apuntes que otros dejaron de sus viajes y he usado parte de mi tiempo, en comprenderlos, reflexionarlos y compartir los conocimientos adquiridos, y ahora con sabiduría tratar de trazar mis propios pensamientos.

Inicio dando primeramente gracias al Ser Supremo por darme la vida, la fortaleza y la oportunidad de demostrarme a mi misma la capacidad que tengo para salir adelante y esto desde pequeña, donde sobreviví por lo cuidados de mi madre, era para entonces literalmente imprescindible para mi existencia porque yo no podía vivir sin ella, posteriormente conocí a mi padre y me hice consiente a necesitarlos...

Algún tiempo después ya no eran mi papá y mi mamá, era la familia que formé la fuente donde brotaba todo lo necesario, amor, compañía, protección, consejo y valoración, yo los amaba profundamente y sentía que no podía vivir sin mi familia por lo cual le doy gracias a Víctor, la pareja que tuve, porque durante 15 años me brindo el apoyo moral necesario para sobrevivir, y ahora porque con su ausencia me hizo independiente y con esto llegar a la madurez personal y profesional de igual manera a mis hijos por su comprensión y amor; por aceptar el abandono parcial hacia ellos por un determinado tiempo con la finalidad de superarme.

A los amigos y amigas especialmente a Ivonne, Erika, Alberto Reyna y Alberto Balderas que están a mí alrededor y que me han dado su apoyo incondicional en los momentos de flaqueza y soledad, me han hecho saber lo valiosa que soy como persona y por ese motivo caminan a mi lado, puedo decir que vale más un amigo que un hermano.

Al Dr. José Luís Huerta por sus atinadas sugerencias y sugerencias, al Dr. Marco Vinicio González y médicos del hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y

de las diferentes instituciones de rotación por su interés en la formación de esta especialidad, a mis asesores Dr. Francisco Javier López Esqueda por su franqueza y acertadas opiniones y a la Dra. Angelina González Hurtado, por su paciencia en mis momentos de debilidad, por su orientación, tolerancia y estímulos constantes que me han enseñado un camino no estrecho por recorrer.

Agradezco a todos los participantes anónimos que permitieron la inclusión de sus resultados y a los que por ser un estudio con encuestas largas me permitieron la entrada a sus hogares otorgándome la confianza y facilitándome sus testimonios personales, se les agradece a las personas que se negaron a participar, porque aun así me motivaron a superar las dificultades halladas en mi difícil tarea.

Por último a mis padres quienes se encuentran en esta difícil etapa por lo cual me es necesario ayudarles aportando algo de mí, ya que con los comentarios de mi padre por su confusión por la sexualidad en esta edad, me ha hecho preocuparme por su bienestar físico, psicológico y social, adquiriendo un compromiso con ellos por mostrarme el camino con sus consejos:

- ⇒ El principio de la sabiduría es el amor a Dios, oye hijo mío la instrucción de tu padre y no desprecies la dirección de tu madre, hijo mío no te olvides de mi ley, y tu corazón guarde mis mandamientos, porque largura de días y años de vida y paz te aumentaran.
- ⇒ Acuérdate de tu creador en los días de tu juventud, antes que vengan los días malos, y lleguen los años de los cuales digas: No tengo en ellos contentamiento, Aunque tu padre y tu madre te abandonaren con todo y el señor te recogerá.

Esperando que mi investigación trascienda las fronteras del pensamiento saturado de prejuicios, suministrando un golpe convincente al interior de cada persona.

**De corazón.....Blanca Ruth Hernández Ortiz.**

<b>INDICE.</b>	<b>Páginas.</b>
▪ DEDICATORIA.....	1
▪ AGRADECIMIENTOS.....	2
I. INTRODUCCION.....	10
II. MARCO TEORICO.....	12
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
2.2 JUSTIFICACION.....	19
2.3 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	22
2.4 ANTECEDENTES TEORICOS.....	23
2.5 CONCEPTOS.....	36
2.5.1 FACTORES SOCIALES.....	39
2.5.2 FACTORES FISICOS.....	41
2.5.3 FACTORES PSICOLOGICOS.....	51
III. ESTUDIO EMPIRICO.....	53
3.1 OBJETIVO.....	53
3.2 HIPOTESIS.....	53
3.3 DISEÑO DE ESTUDIO.....	53
3.4 METODOLOGIA.....	54
3.4.1 LUGAR Y DURACIÓN.....	54
3.4.2 GEOGRAFICO.....	54
3.4.3 UNIVERSO.....	54
3.4.4 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	54

3.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
3.5.1	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	55
3.5.2	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	55
3.6	VARIABLES DE ESTUDIO.....	55
3.7	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	64
3.8	PLAN DE ANALISIS.....	64
3.9	ASPECTOS ETICOS.....	65
4.0	ORGANIZACIÓN.....	65
IV.	RESULTADOS.....	67
V.	CONCLUSIONES.....	108
VI.	DISCUSIÓN.....	112
VII.	PROPUESTA DE TRABAJO.....	114
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	115
	ANEXOS.....	122

<b>INDICE DE TABLAS:</b>	<b>páginas.</b>
I. Tabla 1. Frecuencia de edad.....	67.
II. Tabla 2. Frecuencia de estado de salud actual.....	69.
III. Tabla 3. Frecuencia de grado de dependencia física.....	70.
IV. Tabla 4. Frecuencia de estado civil.....	71.
V. Tabla 5. Frecuencia de jubilados.....	73.
VI. Tabla 6. Frecuencia de características religiosas.....	74.
VII. Tabla 7. Frecuencia de creencias religiosas.....	75.
VIII. Tabla 8. Frecuencia de condición habitacional actual.....	76.
IX. Tabla 9. Frecuencia de prestaciones de jubilación.....	77.
X. Tabla 10. Frecuencia de seguro médico o salud.....	78.
XI. Tabla 11. Frecuencia de ingresos económicos.....	79.
XII. Tabla 12. Frecuencia de satisfacción de las necesidades básicas.....	80.
XIII. Tabla 13. Frecuencia de influencia de mitos que limitan la actividad sexual.....	81.
XIV. Tabla 14. Frecuencia de creencias que limitan la actividad sexual en esta etapa.....	82.
XV. Tabla 15. Frecuencia de evaluación familiar.....	83.
XVI. Tabla 16. Frecuencia del subsistema conyugal.....	84.
XVII. Tabla 17. Frecuencia de integración social.....	85.
XVIII. Tabla 18. Frecuencia de aceptación social.....	86.
XIX. Tabla 19. Frecuencia de contribución social.....	87.
XX. Tabla 20. Frecuencia de actualización social.....	88.
XXI. Tabla 21. Frecuencia de coherencia social.....	89.

XXII. Tabla 22. Frecuencia de sentimiento de culpa.....	90
XXIII. Tabla 23. Frecuencia de Ansiedad.....	91.
XXIV. Tabla 24. Frecuencia de depresión.....	92.
XXV. Tabla 25. Frecuencia de autoaceptación.....	93.
XXVI. Tabla 26. Frecuencia de relaciones positivas.....	94
XXVII. Tabla 27. Frecuencia de Autonomía.....	95.
XXVIII. Tabla 28. Frecuencia de dominio del entorno.....	96
XXIX. Tabla 29. frecuencia de crecimiento personal.....	97.
XXX. Tabla 30. Frecuencia de Propósito de vida.....	98.
XXXI. Tabla 31. Satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales.....	99.
XXXII. Tabla 32. satisfacción en la calidad de la actividad sexual.....	100.
XXXIII. Tabla 33. Satisfacción sexual global en el último mes.....	101.
XXXIV. Tabla 34. Estadísticos Descriptivos.....	102.
XXXV. Tabla 35. Análisis de varianza.....	103.
XXXVI. Tabla 36. Prueba de homogeneidad de varianza.....	106.
XXXVII. Tabla 37. Correlación expresando la concordancia entre dos variables.....	107

<b>INDICE DE FIGURAS:</b>	<b>páginas.</b>
I. Figura 1. Edad, porcentaje.....	68.
II. Figura 2. Genero, porcentaje.....	68.
III. Figura 3. Estado de salud actual, porcentaje.....	69.
IV. Figura 4. Grado de dependencia física, porcentaje.....	70.
V. Figura 5- Estado civil, porcentaje.....	71.
VI. Figura 6. Escolaridad, porcentaje.....	72.
VII. Figura 7. Jubilados, porcentaje.....	73.
VIII. Figura 8. Características religiosas, porcentaje.....	74.
IX. Figura 9. Creencias religiosas, porcentaje.....	75.
X. Figura 10. Condición habitacional actual, porcentaje.....	76.
XI. Figura 11. Prestaciones de jubilación, porcentaje.....	77.
XII. Figura 12. Seguro Medico o de salud, porcentaje.....	78.
XIII. Figura 13. Ingresos económicos, porcentaje.....	79.
XIV. Figura 14. Satisfacción de las necesidades básicas, porcentaje.....	80.
XV. Figura 15. Influencia de Mitos, porcentaje.....	81.
XVI. Figura 16. Creencias que limitan el desarrollo pleno de la sexualidad.....	82.
XVII. Figura 17. Evaluación del sistema Familiar, porcentaje.....	83.
XVIII. Figura 18. Evaluación del subsistema conyugal, porcentaje.....	84.
XIX. Figura 19. Integración social, porcentaje.....	85.
XX. Figura 20. Aceptación social, porcentaje.....	86.
XXI. Figura 21. Contribución social, porcentaje.....	87.
XXII. Figura 22. Actualización social, porcentaje.....	88.

XXIII. Figura 23. Coherencia social, porcentaje.....	89.
XXIV. Figura 24. Culpabilidad de deseos sexuales, porcentaje.....	90.
XXV. Figura 25. Grado de ansiedad, porcentaje.....	91.
XXVI. Figura 26. Grado de depresión, porcentaje.....	92.
XXVII. Figura 27. Autoaceptación, porcentaje.....	93.
XXVIII. Figura 28. Relaciones positivas, porcentaje.....	94.
XXIX. Figura 29. Autonomía, porcentaje.....	95.
XXX. Figura 30. Dominio del entorno, porcentaje.....	96.
XXXI. Figura 31. Crecimiento Personal, porcentaje.....	97.
XXXII. Figura 32. Propósito de Vida, porcentaje.....	98.
XXXIII. Figura 33. Satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales, porcentaje.....	99.
XXXIV. Figura 34. Satisfacción en la calidad de la actividad sexual.....	100.
XXXV. Figura 35. Satisfacción sexual global en el último mes, porcentaje.....	101.

## I INTRODUCCION

*NUNCA ME PREOCUPE POR LA EDAD,  
Y AHORA MENOS.  
LO UNICO QUE LAMENTO  
ES LO RAPIDO QUE HA SUCEDIDO TODO.*

Desde hace algunos años estamos asistiendo a un proceso de transición demográfica que obligadamente se debe acompañar de un proceso de revisión de la cultura de la senilidad donde se incluye también la variable de la sexualidad.

Las tendencias demográficas globales muestran que durante el siglo XX y principios del XXI se ha registrado un incremento de la población mayor de 60 años, al igual que un aumento de la esperanza de vida, lo que se traduce en un proceso gradual de envejecimiento de la población. En una sociedad que está envejeciendo progresivamente, la sexualidad debería permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y a los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

La sexualidad es y ha sido una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y en la que aún prima muchas veces la anécdota sobre el conocimiento científico. Y si esto es cierto a cualquier edad lo es, especialmente en personas de edad avanzada. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad, donde persisten actitudes retrógradas que son similares a las existentes desde siglos anteriores, y que tienden a burlarse, y en el mejor de los casos a ser ignorada la existencia de necesidades sexuales en el adulto mayor.

A mucha gente se le hace difícil pensar que los hombres y mujeres de la tercera edad tengan todavía sentimientos, necesidades y relaciones de tipo sexual, lo cual viene dado por la tradición cultural a la que se pertenece. En muchos casos o circunstancias pensamos que ya no tienen derecho por haber terminado su etapa reproductiva, aunado a otras problemáticas, tales como trastornos de la salud, pérdida del cónyuge, etc., que crea una base física y social real que justifica la inexistencia de actividad sexual, pero no significa que en estas personas no continúe la existencia del interés sexual.

Los profesionales de la salud tanto en el ámbito clínico (médicos), como de salud mental (psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos), la mayoría de investigadores y por otros profesionistas, no estamos exentos de estos prejuicios socioculturales respecto a la sexualidad del adulto mayor. Hemos hecho poco por esclarecer y/o resolver los problemas que surgen en cuanto a la sexualidad de este grupo etéreo, radicando mitos que son perpetuados y estimulados incluso por la ignorancia de profesionistas e intelectuales que muestran un punto de vista estrecho acerca de la ancianidad, por lo cual, menos entenderían si una persona mayor mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja, manteniendo relaciones sexuales satisfactorias.

## PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los principales factores Físicos, Psicológicos y Sociales que limitan una vida sexual plena en la vejez?

## II MARCO TEORICO

### 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son múltiples los factores psicosociales que pueden limitar la vida sexual activa en la vejez, estos factores están en interrelación con los cambios fisiológicos debidos al envejecimiento y en ocasiones a la presencia de diferentes patologías que tienen efecto sobre la sexualidad, por tal razón el anciano se ve sometido a variados factores de riesgo que contribuyen al deterioro de su actividad sexual.

La disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona también tanto con los cambios físicos debidos al envejecimiento, así como con la influencia de actitudes y expectativas impuestas por el entorno social, así como con factores psicológicos propios del anciano.<sup>1</sup> Muchos de los factores psicosociales que influyen en la aparición de problemas en la actividad sexual en los jóvenes también intervienen en los que presenta el anciano. Si el anciano sufre alguna enfermedad crónica, aunque ésta no afecte directamente a la capacidad sexual, el miedo y la actitud negativa ante los problemas de la edad limitan más esta actividad en ambos miembros de la pareja.<sup>2</sup>

El envejecimiento produce ciertos cambios en la fisiología sexual, pero comparado con otros cambios propios de la edad como el ajuste ocular o la capacidad vital, estos cambios son pequeños; la función sexual, vista desde el

ángulo del acto sexual, no de la reproducción, se mantiene mucho mejor que otras funciones.<sup>3,4</sup>

Existen numerosos problemas que impiden que el anciano mantenga una actividad sexual continuada. Por ejemplo la actitud del anciano ante lo que son cambios fisiológicos normales. El progresivo alargamiento del período entre las erecciones y la mayor dificultad para conseguirlas puede producir una ansiedad creciente en el hombre, y esta ansiedad perjudicará aún más su capacidad de respuesta sexual.<sup>5</sup>

En la mayoría de las mujeres debido a la disminución de estrógenos en la etapa posmenopáusicas pueden iniciar con dolor en las relaciones sexuales a lo que llamamos dispareunia.<sup>4</sup> Las molestias que pueden sentir provocan ansiedad anticipatoria con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper.

Por otro lado prevalecen conceptos equivocados en que se plantean que la actividad sexual debe desaparecer en la edad avanzada como un apagamiento fisiológico inevitable y por lo tanto, desear o hacer en materia sexual después de los 60 años, no es natural, fisiológico, moral, socialmente bien visto. De ahí que esta idea de muerte sexual se convierta para muchas personas de ambos sexos en un factor de ansiedad cuando llega a la edad madura y ve aproximarse esa etapa crítica, lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual de índole puramente psíquica.<sup>6</sup>

Lo psíquico y lo social, como se menciona en el documento de aproximación a la sociología de la vejez,<sup>7</sup> son radicalmente irreductibles lo uno a lo otro y al mismo tiempo, absolutamente indisolubles, lo uno es imposible sin lo otro. El hombre sólo existe en y por la sociedad, una sociedad que además es siempre histórica. Marluz<sup>7</sup> identificó los diez estereotipos negativos más frecuentes en la sociedad norteamericana, en ellos se asocia a las personas mayores con: senilidad,

aislamiento familiar, mala salud, ser víctimas de crímenes, la pobreza, la carga social para el sistema sanitario y social, la escasa productividad, la jubilación debido a la mala salud, el desinterés por las relaciones sexuales y la vida en una residencia.

Encontrarse en la sociedad (incluido o incluida en ella) es estar "dentro" es "ser", formar parte de un grupo al que se valora por lo que es, por lo que tiene, por lo que puede consumir (como persona productiva y consumidora) y esto trae consigo que no defiendan su realidad contra el vacío de la irrealidad, la única manera para sentirse dentro, tanto desde el poder (quien decide quien esta dentro o afuera de la sociedad) como desde el individuo, es a través del trabajo, la salud física, mental y sexual; cuando lo consiguen y desarrollan preservan su identidad (su ser) formando de nuevo parte de sí mismo.<sup>8</sup>

Otro gran número de personas mayores se niegan a cambiar sus costumbres y no aceptan variar la actividad sexual. Las mujeres además, han recibido una educación en la que se rechazaba la necesidad sexual femenina, por lo que es infrecuente que sean ellas quienes inicien la actividad sexual. También, al imperar un arquetipo de belleza distinto del que pueden alcanzar, se sienten menos atractivas y más inhibidas con respecto a las relaciones sexuales. Hay que tener en cuenta que generalmente la mujer anciana tiende a ser evaluada más negativamente que el hombre en términos de apariencia física, niveles de dependencia o independencia económica, etc.<sup>9</sup>

Ciertas personas de edad avanzada han internalizado el estereotipo cultural negativo de la persona anciana como un inválido desexualizado, que ni están interesados, ni son capaces de comprometerse en actividades sexuales.<sup>5</sup> La incapacidad de aceptar la vejez puede hacer que estas personas tengan prejuicios frente a otros ancianos y se nieguen a relacionarse con ellos; debido a la presión social se da la aparición de sentimientos de culpa en el individuo de edad avanzada

por sus deseos sexuales, lo que inhibirá en su totalidad todos los aspectos de cualquier expresión sexual.

Objetivamente la sociedad, por su parte, no ayuda en absoluto a que las personas ancianas puedan vivir y manifestar libremente su sexualidad. En parte, el negativismo cultural, en lo que atañe al sexo en la vejez, es el reflejo de una actitud de rechazo del individuo por el hecho de ser mayor.

Otro punto importante son los medios de comunicación, en las sociedades avanzadas, se han convertido en los nuevos mentores y mitólogos de la cultura actual. Su importancia en la formación de creencias y valores acerca del mundo que nos rodea es similar al de la religión y a la del arte.<sup>10</sup> Por tal lo social como lo cultural tienen un carácter global y omnipresente.<sup>11</sup>

Con lo mencionado anteriormente forjamos que las personas mayores adopten formas de vivir en el sociologismo ético, que es donde la sociedad impone lo que es bueno y lo que es malo, por lo cual el hombre entra en el mundo de la moralidad cuando se eleva a principios universales y actúa de acuerdo a normas absolutas, y por la cuestión cultural, será tanto más persona cuanto más se conforme a las normas de la sociedad.<sup>12</sup>

Por desgracia en la sociedad aún se mide la actividad sexual según el coito, y como la frecuencia con que éste es posible en la vejez es menor, muchas parejas de ancianos van optando progresivamente por la abstinencia.

Realmente la sociedad solo se preocupa en la medida en que produce enfatizando sus mitos y prejuicios que, como se mencionó, son arraigados con respecto al sentido del placer, con convicciones religiosas fuertemente estructuradas que determinan mandatos inconscientes de sufrimiento y flagelación.<sup>13</sup>

La sexualidad en el anciano no puede asociarse con la procreación, y tiende a negarse su existencia o al menos, es un tema tabú. En este sentido y como reflejo de ello, en las residencias de ancianos no se facilita y por el contrario, se limita cualquier posibilidad de actividad sexual entre los residentes. Los límites que aparecen en las residencias de ancianos son fundamentalmente la falta de privacidad y la actitud del personal que trabaja en las residencias criticando e impidiendo cualquier manifestación sexual de los residentes, generalmente debido a la falta de conocimientos con respecto al tema.<sup>14</sup>

Las diversas maneras que tenemos los seres humanos de manifestarnos sexualmente no son sencillas de comprender. Cada caso es único porque depende de la personalidad, la historia, las experiencias vividas, la relación de pareja y como se ha venido mencionando por las creencias y los prejuicios.<sup>13</sup> Pero con todo lo anterior, como en el "principio de Peter":<sup>15</sup> el comercio, industria, política, gobierno, religión, educación y toda la sociedad que se encuentra inmersa son incompetentes para hablar del tema.

Otra limitación importante de la sexualidad es la disponibilidad de una pareja y la capacidad de la pareja para mantener relaciones sexuales. En los ancianos existe un desequilibrio numérico a favor de las mujeres, que llegan a formar la mayor parte de la población de su edad con menor disponibilidad de hombres. La ausencia de actividad sexual se relaciona por tanto, directamente con la no existencia de una pareja estable, tanto en los hombres como en las mujeres. Los que la llegan a tener, siempre tienen una fuente frecuente de dificultades en las relaciones sexuales, tanto por problemáticas laborales, personales o de otra índole, como por ejemplo: los problemas con la pareja, incluyendo conflictos familiares y/o conyugales que suelen ser de larga evolución, donde destacan los problemas de comunicación.<sup>16</sup> La separación temporal en donde sucede un reencuentro o ante la muerte del cónyuge, son conflictos que ocasionan secundariamente alteraciones en la erección en el

hombre o de dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales en la mujer tras un período de inactividad.

La prevalencia elevada de trastornos psicopatológicos en los ancianos como son la depresión o los trastornos de ansiedad y la existencia de estresores, muy frecuentes en la vejez, como la pérdida de la pareja,<sup>6</sup> el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico o la presencia de problemas de salud en la familia, contribuyen también a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en el anciano.

*"Si bien pueden ser frecuentes los estados de viudez, pero reconozcamos que ni todo el mundo está casado, ni todos los casados enviudan".<sup>17</sup>*

En esta sintomatología contribuyen hechos como la existencia de un duelo no resuelto, sentimientos de culpabilidad o el incumplimiento de expectativas. Por lo expuesto anteriormente, comprobamos que son múltiples los factores psicosociales que pueden influir en el deterioro progresivo de la actividad sexual en la vejez y que en interrelación con los cambios fisiológicos debidos al envejecimiento y el efecto sobre la sexualidad de diferentes patologías, el anciano se ve sometido a múltiples factores de riesgo que contribuyen al deterioro de su actividad sexual.<sup>18</sup>

Como se menciono anteriormente si el anciano sufre alguna enfermedad crónica, aunque ésta no afecte directamente a la capacidad sexual, el miedo y la actitud negativa ante los problemas de la edad limitan más la actividad sexual de ambos miembros de la pareja.<sup>19</sup>

Aun si encontráramos patología relacionada con la sexualidad, ya muchos son los adelantos en el campo de la medicina, por lo que hay tratamientos para las múltiples disfunciones sexuales.<sup>3,5</sup> Sin embargo, hay pocos adelantos a los que se relacionan con el comportamiento real sexual de los ancianos, tal vez por el

fenómeno sociocultural en el que está inmerso y que lo sigue marginando como un tabú muy marcado, especialmente en nuestra sociedad donde se mezclan ciertos aspectos moralistas, muchas veces con matices de hipocresía enmascarada.

De manera simplista se puede decir que en las personas de ambos sexos se produce un declive, más o menos acentuado, entre los sesenta y setenta años. No obstante, es importante recalcar que la sexualidad, tanto normal como patológica, está influenciada como se ha venido mencionando por factores físicos, psicológicos y culturales. Por tanto, antes de afirmar que la sexualidad declina con la edad, es más correcto considerar que este ocaso se correlaciona con modificaciones fisiológicas y con los factores psicológicos y socio-culturales juegan un papel trascendental. Además en la vejez hay una característica frecuente de la percepción del tiempo y es aquella sensación de que el tiempo que queda por vivir se pierde constantemente hacia el tiempo que se ha vivido, es decir, mientras que en la primera mitad de la vida se tiende a contabilizar los años ya vividos, en la segunda mitad se vuelve la vista en el futuro y se piensa en los años que quedan por vivir.<sup>20</sup>

Aún cuando la edad y otros factores pueden influir en la disminución de la actividad y el interés sexuales, no tiene por qué suprimir la satisfacción.

*"En el aprendizaje sexual cada quien es maestro y discípulo de sí mismo. Este proceso de aprendizaje termina cuando finaliza la vida".<sup>1</sup>*

## 2.2. JUSTIFICACIÓN

*Ha sido establecido científicamente,  
que el abejorro no puede volar.  
Su cabeza es demasiado grande y  
Sus alas demasiado pequeñas  
Para sostener su cuerpo.  
Según las leyes aerodinámicas,  
Sencillamente no puede volar.  
Pero nadie se lo ha dicho al abejorro.  
ASI ES QUE VUELA”.<sup>21</sup>*

En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales sanitarios. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual. Esto, explicado equívocamente en algunos casos, por el supuesto de que los ancianos son sexualmente inactivos; y en otros, debido a la incomodidad de formular las preguntas o el temor de no poder responder adecuadamente a las dudas que plantee el paciente mayor en este tema.

Además, siguen existiendo prejuicios sobre la sexualidad en la vejez. La mayoría de prejuicios los adquirimos durante la infancia y con el tiempo los vamos asentando y racionalizando, con lo cual se provoca una respuesta emocional directa. Un prejuicio es una actitud negativa que carece de fundamento y está referida a grupos socioculturales.<sup>22</sup>

Cuando asociamos vejez al estereotipo de declinación mental y física, inconscientemente acabamos rechazando tanto el proceso de envejecimiento, como a las personas que son portadoras de él. Según este estereotipo, las personas mayores ya no pueden acrecentarse ni hacer nada para sí mismas ni por sí mismas, puede parecer, erróneamente, que ni siquiera lo deseen ya. La vejez se considera

una etapa negativa de la vida y la información sobre su potencial real es escasa, se destacan las limitaciones biológicas, psíquicas, sociales y existen claras barreras para recibir información objetiva sobre el verdadero potencial de la persona mayor. Desafortunadamente, demasiadas personas mayores lo aceptan así, dando por sentado que ya no pueden crecer y renuncian al negarlas, a las aspiraciones de crecimiento y más sobre la sexualidad global.<sup>23</sup>

A veces la inquietud por la conciencia de la pérdida de la juventud aparece frente a un cambio sustancial de situación que acontece, no ya en el entorno de la relación con el mundo sino en el pequeño cosmos de todo lo que compone el ser de una persona... aunado a los cambios en el cuerpo, la ideología, los sentimientos. Pero basta con la idea del propio bienestar o imaginariamente amenazado de la pérdida consiente de la imagen interna de algo que ya no está, aunque lo perdido se haya desvanecido casi sin saberse; es evidente que en esta etapa del ser humano conlleva experiencias diferentes y vivencias especiales, pero por la prolongación de la expectativa de vida es necesario poder escoger vivir la vida, con sorpresa, con curiosidad y con alegría. Porque a partir de momentos como este, nuestra vida sufre una crisis de identidad brusca porque nos invade un insight masivo, por lo cual es necesario el análisis de la salud sexual en esta edad para que podamos decir: "nunca nos habíamos dado cuenta de que éramos (y son) mucho más jóvenes que nuestro cuerpo".<sup>24</sup>

De todo lo que se enseña en la educación básica y universitaria, nada tiene tanta importancia práctica para la vida personal como el conocimiento de la sexualidad humana, pero, más que el conocimiento académico, se deberían priorizar los aspectos emocionales como el sentirse cómodo con la propia sexualidad ya que esto acarrea consecuencias perdurables que no se pueden medir.

Estamos muy conscientes de la importancia que tiene la salud sexual, tanto en lo mental como en lo físico para nuestra sensación de bienestar y nuestro interés de

participar en los dos aspectos más importantes y significativos de la vida humana: capacidad de trabajar y de amar, que es lo que llamaríamos calidad de vida. No obstante, la mayor parte de nosotros crecemos con conocimientos limitados de lo que se espera en seres humanos sexuados, esto es, qué podemos prever cuando nuestros cuerpos alcancen la madurez biológica y qué esperamos cuando debemos enfrentarnos en sentido emocional con estos cambios. En términos de la salud mental es urgente comprender con claridad los aspectos biológicos, psicosociales y conductuales de la sexualidad en esta etapa de la existencia humana.<sup>25</sup>

No podemos ni debemos sustraernos a la importancia que en los últimos años ha cobrado el tema de la calidad de vida, sobre todo de plantearse un estudio como el que se pretende de tipo socio-psicosanitario.<sup>26</sup>

En este contexto, es indudable que uno de los mayores retos del inicio del milenio, al menos en nuestra sociedad, es atender, mejorar y mantener la calidad de vida de un sector creciente de población que por su propia dinámica esta determinado y a la vez modificando el concepto de vejez.

La sexualidad es parte de la calidad de vida, el cual concepto hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica, hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que los aspectos subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida cobran especial relevancia.<sup>27</sup>

Las razones antes expuestas son motivos importantes para efectuar trabajos como la presente, en donde se analicen las variables que componen los factores físico, psicológico y social del anciano, que desestabilizan o alteran el bienestar sexual. Un análisis que permita determinar en qué medida cada uno de estos modifica o no la vida sexual del viejo. Indudablemente el impacto de una investigación como la que aquí se pretende realizar concienciará al trabajador de

salud para efectuar un abordaje apropiado en cada consulta y así buscar la solución adecuada a cada paciente contribuyendo al incremento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

## **2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Las primeras consideraciones sobre la sexualidad datan desde hace casi cinco mil años; tan sólo se dispone de datos muy limitados sobre la descripción de las conductas y actitudes sexuales en diversos pueblos con anterioridad al año 1000 a. C. Se conoce que en Babilonia, alrededor del 2000 a.C., el sexo era una actividad tan normalmente aceptada y ejercida, que en el templo de la diosa Isthar había hombres cuya función era atender a las mujeres que requirieran de un hombre, sin importar la edad de las mismas.<sup>28</sup>

Por esa misma época, en la India surge el más antiguo tratado o compendio de amor: El Kamasutra, el cual introducía a sus lectores en los secretos del erotismo. Menciona Martínez Pascual<sup>29</sup> que este compendio distingue al sexo como un arte de amar y de vivir y que debe estudiarse para obtener placer. Su autor afirma que una mujer es capaz de lograr mayor placer que el hombre sin importar su edad. En el año 2500 a.C., los chinos consideraban que la relación sexual era obligatoria hasta los setenta años, tanto para mujeres como para hombres, ya que pensaban que el sexo es favorable para la salud como medio para alcanzar una vida larga y feliz.

La gran mayoría de las prescripciones sexuales atribuidas al cristianismo pertenecen al pensamiento y a los escritos teológicos anteriores a Cristo.<sup>30</sup> En la Edad Media se sataniza al sexo: se creía que el placer sexual era pecado, obra del demonio. La relación sexual en el pensamiento medieval tiene como único objeto la procreación (herencia del pensamiento hebreo) y en consecuencia, está limitada a los matrimonios. Por ejemplo, Santo Tomás de Aquino creía que el hombre está

mejor equipado biológicamente que la mujer y que en el proceso reproductivo, es el hombre el participante más activo e importante. Al relacionar la sexualidad con la reproducción, se negó de esta manera el disfrute de la sexualidad al anciano y hasta hace pocos años se creía que la menopausia marcaba el final del goce sexual femenino, debido a que se justificaba la sexualidad como necesaria para acceder a la maternidad.<sup>31</sup>

## 2.4. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Es hasta este siglo XXI, que se empieza a investigar la sexualidad desde un punto de vista más científico. Algunos autores comenzaron a ofrecer una visión mas positiva de la sexualidad, por ejemplo, Barrios<sup>32</sup> menciona que las publicaciones de Freud han dado lugar a una corriente del pensamiento, el psicoanálisis que permanece viva y se ha multiplicado en diferentes teorías y posiciones y que ha impregnado toda la cultura del siglo XX; este autor reconoce la importancia de la sexualidad en la salud y en la enfermedad.

Corvilan<sup>33</sup> menciona que las teorías y experiencias de Freud y las investigaciones del informe Kinsey dejaron en claro que los niños y los ancianos no son seres asexuados y que, por el contrario, el ser humano es sexuado desde que nace y hasta que muere. Este autor redacta que en todos los informes Kinsey este no se contentó con doctrinas; mostró la capacidad del viejo con evidencias, pruebas y demostraciones.

Recordemos la Teoría de Erik Erikson estudiada y modificada ampliamente por Jones Allene,<sup>34</sup> en donde propone 8 etapas del desarrollo en el ciclo vital y las denomina etapas del hombre. La 7ª etapa de desarrollo de Erikson “Generatividad contra Estancamiento” es análoga a la madurez y en donde afirmaba que si un

individuo evoluciona bien en las etapas anteriores, lo hará bien en las siguientes etapas, alcanzando un equilibrio entre las actividades que realiza en su entorno social, familiar u hogar y sexual. Jones refiere que Erikson es quizá el autor que mas trabajo sobre el significado e importancia de los aspectos sociales y culturales, sumados a los sexuales y afectivos en el desarrollo de la personalidad.

Raymond C,<sup>35</sup> menciona una teoría importante del conocido Robert Peck llamada "Socialización contra sexualización". Refiere que hay hombres y mujeres que valoran más las relaciones sexuales que el compañerismo y así no se alcanza un equilibrio entre la socialización y la sexualización. La gente que no llega a lograr este equilibrio, con frecuencia se frustra y deprime porque se sigue viendo así mismo y a sus compañeros principalmente como objetos sexuales más que como personas únicas, fuentes de consuelo y compañerismo; por tal motivo, las mismas personas para mantener la imagen del objeto sexual tienen a menudo aventuras extramaritales. Obviamente, es necesario hablar ampliamente de la problemática mencionadas por Robert Peck para adaptarse a los cambios psicosociales y biológicos con los que se encuentra el individuo al final de la madurez y de esa forma estará realizada y comprendida la etapa de desarrollo ó 7ª etapa de Erikson.

Freud describe que la personalidad tiene cinco etapas psicosexuales: oral, anal, fálica, latente y genital y analizó más detenidamente las tres primeras etapas ya que decía que eran las más importantes para el desarrollo de la personalidad; veía a la edad adulta como reflejo de la infancia (primeros seis años).<sup>36</sup> En una carta, Freud le escribe a Lou Andreas-Salomé en 1915 lo siguiente: "¿Qué grado de espiritualidad hay que alcanzar para soportar el horror de la vejez? Nuestra mente no es capaz de acceder profundamente a la idea de la cercanía de la propia muerte, lo cierto es que crecidos o no, un día notamos que aquella juventud maravillosa que tuvimos se ha desvanecido, desaparecido, pero no así el placer de la sexualidad".

Existe actualmente un modelo interesante para aproximarnos al conocimiento de la sexualidad humana con base en la Teoría General de Sistemas. La idea central de esta teoría propone que todos los sistemas están formados por elementos en interacción y que estos elementos son a su vez sistemas. Se les denomina "Holones" para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema (de ahí el uso del sufijo on como electrón o protón) pero que tienen en si mismos un alto grado de complejidad e integración (Holos en griego significa todo). Los "Holones" sexuales (los elementos o subsistemas de la sexualidad) deberán ser conceptos que puedan ser investigados por las diversas metodologías de estudios: antropológica, sociológica, psicológica y biológica.<sup>37</sup>

Rubio,<sup>38</sup> propone que: "la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro "Holones" (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo (o el placer sexual y sensual) y la vinculación afectiva interpersonal (o el amor)". Por integración se entiende, en el pensamiento de sistémico, que un elemento no puede ser correctamente representado si se considera aisladamente, pues su actuar depende de los otros elementos del sistema. La integración en los sistemas se alcanza de diversas maneras pero en el caso de la sexualidad, la integración se hace presente gracias a los significados de la experiencia, es decir, la integración es fundamentalmente mental, producto de la adscripción de sentido, significado y afecto a aquello que el individuo en lo personal, y el grupo social en general, viven como resultado de que las potencialidades sexuales que están biológicamente determinadas (y por tanto son compartidas por la mayoría de individuos). Sin embargo, lo que está determinado por nuestra naturaleza biológica es la potencialidad para tener experiencias en las cuatro dimensiones señaladas.

Literalmente, la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y su interacción con el grupo le hacen

vivir. La sexualidad es entonces, un aspecto fundamental en el desarrollo de los seres humanos, sobre todo cuando se ejerce con apertura, respeto y libertad.<sup>39</sup>

Los estudios realizados en poblaciones mayores de 65 años de numerosos países demuestran que se ha tratado de estudiar a fondo la sexualidad humana. De igual manera diferentes estudios antropológicos, ponen en evidencia una consideración extraordinaria de la vejez en determinadas sociedades, frente a otras en las que les conceden un escaso valor.

Por otra parte y frente a la idea de deterioro irreversible, los conocimientos científicos disponibles, nos presentan una visión bien distinta: La vejez es una etapa más de la vida, en la que la variabilidad personal es extraordinaria y en la que cada capacidad puede presentar muy diferentes posibilidades.

Por tal motivo se nombran algunas investigaciones del tema con la finalidad de que hoy debe empezar a respetarse la sexualidad del anciano y que se les permita tener intimidad. Los estudios epidemiológicos sobre la actividad sexual del anciano, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, se destacan:

Herrera,<sup>40</sup> analizó varios trabajos entre ellos destacan la obra de Von Krafft-Ebing, famoso estudioso de sexología de fines del siglo XIX, consideraba la sexualidad del anciano como una "perversión", justamente porque no era reproductivo, Duke, concluyó que existe una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad. Encontró que un 76% de los varones y un 27% de las mujeres mayores de 65 años mantenían actividad sexual, McCary investigó a las mujeres ancianas certificando la participación de las mujeres casadas en la relación sexual, pero con una caída de la frecuencia debido al paso de los años.

En un estudio multicéntrico,<sup>41</sup> se demostró una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad, encontrando una diferencia significativa a favor de los ancianos casados (73,8% activos) frente a los no casados (55,8/activos), así como del sexo masculino frente al femenino, en otro de los estudios captados se

concluye que existe una disminución global en la frecuencia de las relaciones sexuales, encontrando un 62% de varones mayores de 60 años sexualmente activos, encontró una frecuencia mayor de actividad sexual en los varones (48%) que en las mujeres (16%), destacando que el hecho de estar casados aumentaba la actividad sexual, de igual manera se analiza la frecuencia de relaciones sexuales (coito) en mayores de 65 años, de los cuales 1/3 estaban institucionalizados. Concluyó que el 17,1% de los varones y el 4,7% de las mujeres mantenían actividad sexual.

Karl Hortwage <sup>42</sup> en su libro *Vida sexual después de los sesenta*, destacaba que, gracias a unos sexólogos, se consiguió llenar el vacío existente en los conocimientos médicos y en las experiencias clínicas relativas a la sexualidad de los ancianos y combatir el popular estereotipo del "viejo asexuado" que tanto ha perjudicado la salud y la felicidad de demasiadas personas mayores, Larocca,<sup>43</sup> señala que Pfeiffer, uno de los primeros investigadores del comportamiento sexual en la edad madura, encontró que las mujeres postmenopáusicas eran sexualmente activas, pero su participación estaba determinada en gran parte por el interés y disponibilidad de una pareja y escribe al respecto: "El envejecimiento exitoso es aquel en que las personas han tomado la decisión de mantenerse en actividad física, social, emocional e intelectual".

El "compendio de psicología de la edad adulta y la vejez",<sup>33</sup> y el "tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida",<sup>44</sup> menciona ampliamente sobre diferentes estudios y dos volúmenes de Alfred Kinsey y colaboradores: *La Sexualidad en el Hombre* (1948) y *La Sexualidad en la Mujer* (1953), contienen lo que podemos considerar los datos más exhaustivos publicados sobre la conducta sexual y mucha de la información que se citaba sobre la conducta sexual se basaba en estos informes, aunque actualmente los datos son obsoletos.

Alfred Kinsey, se interesó por este tema cuando le pidieron que diera el apartado de sexualidad de un curso y casi no encontró información al respecto. Los

retos que tuvo que afrontar las limitaciones de su investigación posterior reflejan muchos de los problemas que todavía son evidentes en este campo. Para empezar, administró un cuestionario sobre prácticas sexuales a sus estudiantes universitarios; al encontrar insatisfactorio este método, comenzó a realizar entrevistas individuales con miembros de varios grupos que estaban dispuestos a ser entrevistados, incluyendo asociaciones de estudiantes, alumnos en residencias, presos y organizaciones sociales.

Al final, él y sus tres colaboradores entrevistaron a cerca de 18,000 personas, ¡una cifra extraordinaria! Sin embargo, Kinsey era consciente de los sesgos de sus métodos de investigación que hacían que la representatividad de sus resultados fuera cuestionable. Primero, en lugar de estudiar miembros de la población seleccionados al azar, había usado una muestra elegida por conveniencia. Estos individuos se habían prestado voluntarios para ser entrevistados y pertenecían a organizaciones o grupos particulares. Estos participantes no representaban a toda la población y los resultados no se podían generalizar para describir las prácticas sexuales de todos. Se comprobó que los que se prestaron voluntarios para ser entrevistados tenían una experiencia sexual más amplia que los que no.

Una década después del estudio de Kinsey, William Masters y Virginia Jonson realizaron un nuevo tipo de estudio sobre la sexualidad. Considerando el sexo como un proceso biológico natural, observaron y describieron el acto sexual que realizaban en el laboratorio, sujetos a los que pagaron. De nuevo, los participantes eran voluntarios limitados. Su libro, *La Respuesta Sexual Humana*, escandalizó a muchos lectores, pero se convirtió en seguida en uno de los libros más vendidos.<sup>33</sup>

En los años setenta y ochenta, se publicaron una serie de informes recopilados por Corvillan<sup>33</sup> sobre las prácticas sexuales que incluye el informe Playboy, el informe Redbook, el informe Hite y más recientemente el informe Janus. Los resultados de estos estudios, que informan de una actividad sexual más

frecuente que la comparada en los datos de Kinsey, se han publicado ampliamente. Sin embargo, de nuevo, la metodología de la investigación estaba sesgada. Primeramente porque las encuestas eran por correo, de forma que no se sabe con certeza quién completó los cuestionarios. Segundo, estas entrevistas estaban limitadas a participantes voluntarios y a menudo reflejan las características de los lectores de las revistas concretas. Además, la tasa de respuesta de estos estudios fue muy baja, limitando todavía más la representatividad de los respondientes. Menos del 3% de los lectores del Playboy o del Redbook devolvieron la encuesta completa. Hite informaba de una tasa de respuesta del 3%.

A mediados de los años noventa, se realizaron dos grandes estudios con muestras más representativas (AARP);<sup>45</sup> Los dos estudios difieren en el intervalo de edad considerado de forma que el Estudio Nacional sobre Salud y Vida Social (National Health and Social Life Survey, NHSLS, Michael et al., 1994) examinó a adultos entre 18 y 59 años de edad y el estudio de la AARP estudió a adultos a partir de los 45 años de edad. El estudio NHSLS se llevó a cabo a través del Centro de Investigación de la Opinión Nacional (National Opinión Research Center), usando una metodología de encuesta bien establecida; la muestra estuvo compuesta por 3,432 adultos de los Estados Unidos.

El estudio de la AARP, el estudio de la Madurez Sexual Actual (Modern Maturity Sexual Survey, AARP, 1999), era una entrevista telefónica y por correo de 1,384 adultos de 45 a más años de edad que se completó en 1999. Ambas muestras son comparables en variables demográficas con los estudios nacionales en otros temas y tuvieron altas tasas de repuesta, de aproximadamente un 80%. Aunque las muestras de estos estudios parecen ser mucho más representativas que las investigaciones previas, los tamaños limitados de la muestra hacen difícil dar información detallada de ciertas submuestras (por ejemplo: grupos étnicos en algunos intervalos de edad y nivel educativo y homosexual). Se excluyeron a los que no tenían hogar o vivían en instituciones (como cárceles o residencias).

El estudio NHSLs formulaba varias preguntas interesantes: ¿Con qué frecuencia tienen relaciones sexuales los norteamericanos entre 18 y 59 años de edad? ¿Quiénes son las parejas sexuales de un individuo? ¿Cuántas parejas sexuales tiene el norteamericano medio durante su vida? En contra de los estereotipos populares, el estudio NHSLs encontró que el grupo que más relaciones sexuales tenía eran las parejas casadas, no los solteros. Tanto para los hombres como para las mujeres, las parejas casadas y que conviven son las que más sexo hacen. Había tres factores que estaban fuertemente asociados con la frecuencia con la que se mantenían relaciones con otras personas: la edad de la persona, estar casado o conviviendo con alguien y cuánto tiempo había estado junta la pareja.

Factores tales como el nivel educativo, grupo étnico y religión eran predictores menos importantes del nivel de actividad sexual. Las personas en la década de los veinte años son las que más sexo hacen. Los autores sugieren que la actividad sexual alcanza su máximo en la década de los veinte porque es en esta década cuando los adultos suelen casarse o empezar a convivir con una pareja. En la década de los treinta y cuarenta, aunque aproximadamente el 75 % de los individuos están casados o viviendo con alguien, las parejas empiezan a mantener relaciones sexuales con la otra persona menos a menudo, comparados con las parejas de veinte años.<sup>45</sup>

Carrasco,<sup>46</sup> en el 2000 realiza una revisión de los diferentes trabajos publicados hasta el momento sobre este tema. Entre ellos destaca el estudio llevado a cabo por Pfeiffer y cols quienes encontraron que el 95% de los hombres de edades comprendidas entre los 46 y 50 años mantenían relaciones sexuales semanalmente, cayendo este porcentaje al 28% en los varones de 66 a 71 años. En el caso de personas casadas, el 53% de los individuos de 60 años y el 24% de los mayores de 76 años eran sexualmente activos. Otro trabajo descrito en la revisión de Carrasco es el realizado por Bretschneider y asociados.

Estos autores indican que el 63% de los hombres y el 30% de las mujeres de entre 80 y 102 años de edad eran activos sexualmente. En este estudio, además, se reseñaba que la actividad sexual más frecuente eran las caricias y tocamientos seguido del coito. El 74% de los hombres y el 42% de las mujeres practicaban la masturbación. Las mujeres activas sexualmente tendían a haber tenido más parejas sexuales y mayor nivel de actividad sexual en su juventud. Dato que posteriormente se ha confirmado también con los hombres.

Posteriormente Carrasco<sup>46</sup> realiza un estudio en el que se encuestó a 1110 individuos, mayores de 65 años, 658 mujeres y 452 hombres, en los resultados obtenidos aparece también la existencia de esta estrecha relación entre la actividad sexual mantenida en la vejez y la sexualidad ejercida durante la juventud. A la hora de estudiar las relaciones sexuales en los ancianos, se describen como variables que pueden influir limitando la actividad sexual, a la capacidad de la pareja, el estado de salud, problemas de impotencia en el hombre o de dispareunía en la mujer, así como el interés sexual en la juventud.

Otros pronosticadores importantes para estos autores, son la toma de medicación y variables ambientales, como la pérdida de privacidad, por ejemplo, el vivir en una residencia o en casa de los hijos pueden suponer una falta de intimidad, lo que llevará a un decremento en las relaciones sexuales; en un estudio realizado con el personal de 144 residencias de ancianos encontró que había un importante desconocimiento acerca de la sexualidad en la vejez, así como conductas prohibitivas con respecto a las relaciones sexuales entre los ancianos, lo que lleva en numerosas ocasiones a impedir y dificultar cualquier acercamiento sexual entre ancianos.<sup>47</sup>

Con respecto a los ancianos con deterioro cognitivo, la situación se convierte en un tema muy delicado, donde es necesario una cuidadosa valoración individual, Diaz,<sup>14</sup> llevó a cabo un estudio con una muestra de individuos de 70 años, esta investigación dio como resultados que las variables más importantes asociadas con la actividad sexual eran el estado de salud mental, una actitud positiva hacia las relaciones sexuales frecuentes durante la juventud. En este estudio no encontró que la salud física estuviera relacionada de manera significativa con la frecuencia de relaciones sexuales. Este autor realizó un estudio en hombres de entre 45 y 74 años con relaciones sexuales estables. Los datos obtenidos muestran que la edad correlaciona significativamente y de forma negativa con el deseo sexual y con la actividad sexual, pero no así con el grado de satisfacción obtenido en las relaciones sexuales. Los autores encontraron también un aumento de las disfunciones sexuales fundamentalmente alteraciones de la erección y de la eyaculación en los individuos de edad avanzada, con respecto a individuos jóvenes.

El hecho de que estos individuos sanos mantuvieran (con las mismas características) la satisfacción sexual, lleva de nuevo a recalcar la importancia de los factores psicológicos y relacionales en la actividad y deseo sexual y no sólo la de los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por el envejecimiento.

Torres,<sup>48</sup> condujo un estudio analizando varios aspectos del interés y de la actividad sexual en la vejez, con una muestra de 335 ancianos de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 65 y los 106 años. Las conclusiones obtenidas son numerosas e importantes, entre ellas destaca el hecho de que se confirma la existencia de una disminución tanto del interés sexual como de la actividad sexual con la edad, mayor en las mujeres que en los hombres. Este autor correlaciona la disminución de la actividad sexual con el deterioro físico gradual que se produce con el envejecimiento. Como resultado de su investigación describe una serie de factores que relacionan positivamente con la actividad sexual como son el ser hombre, estar casado, menor edad, la no existencia de deterioro cognitivo, mayor nivel educacional

y buen funcionamiento social. Por otro lado, factores como la edad, el nivel educacional o el funcionamiento social pierden importancia respecto al interés sexual que se mantiene de manera más constante que la actividad sexual, incluso a edades muy avanzadas.

En la Europa de los siglos XVIII y XIX los médicos estimaban que al llegar a la menopausia las mujeres experimentaban un declive físico y psicológico, y en 9 de cada 10 casos se diagnosticaba la existencia de "irritabilidad nerviosa". Los estudios actuales, sin embargo, no han producido indicios de que en los años siguientes a la menopausia se encuentre un aumento de los índices de enfermedad depresiva o de otros trastornos psiquiátricos graves. Estas investigaciones muestran que se ha exagerado sobre las implicaciones de los cambios que se producen en la mujer tras la menopausia y que, en la práctica, la menopausia puede ser un episodio más de adaptación, e incluso, para algunas mujeres éste es un período de liberación disfrutando más de sus relaciones sexuales ya que desaparece el temor a un embarazo no deseado, comunicaron que la terapia con estrógenos equinos conjugados mejoraba el funcionamiento sexual en mujeres con dispareunia debido a vaginitis atrófica.<sup>49</sup>

La dispareunia usualmente asociada con una disminución de la lubricación vaginal es resultado de la declinación menopáusica del estrógeno. Estos síntomas se alivian con la administración de estrógenos exógenos.

La revista *'The New England Journal of Medicine'* publicó un trabajo que ha indagado en la sexualidad de más de 3.000 estadounidenses de entre 57 y 85 años.

"La mayoría de los encuestados tiene pareja y considera que la sexualidad es una parte muy importante de la vida. La frecuencia de las relaciones disminuye con la edad, pero un número importante de hombres y mujeres mantiene relaciones vaginales, sexo oral o se masturba incluso a los 80 y a los 90 años", afirman los autores del estudio, dirigidos por Stacy Tessler,<sup>2</sup> de la Universidad de Chicago, en EEUU.

Mientras que entre los 57 y los 64, el 73% reconoce ser sexualmente activo; entre los 65 y 74, sólo mantiene relaciones un 53%, cifra que se reduce al 26% para los que han cumplido 85.

En Cuba se concluyó recientemente un estudio en el cual se entrevistaron al 100% de la población mayor de 65 años de un área de salud del municipio Centro Habana y encontramos que de 27 entrevistados, 6 (22-%) mantienen actual-mente relaciones sexuales, las cuales son satisfactorias y se realizan utilizando la posición acostados de lado 4 personas, y la posición femenina inferior (2 personas). Se encontró también que de los ancianos que actualmente no mantienen relaciones sexuales, 6 (22%) conservaron esa práctica después de los 65 años en la siguiente forma: dos hasta los 74 años, y uno por grupo hasta las siguientes edades 68, 78, 81 y 82 años. En total, de 27 entrevistados, 12 (44,4 %) tuvieron relaciones sexuales más allá de los 65 años y dos viudas (7,49/o) refirieron tener deseo sexual intenso: una se masturba con frecuencia irregular y otra controla sus deseos pensando que no es natural sentirlos a esa edad.<sup>37</sup>

En México existen pocos reportes al respecto. En un estudio llevado a cabo en 2002, en población usuaria de servicios médicos geriátricos, se encontró que los factores de riesgo que interferían con la expresión de la conducta sexual en mayores de 70 años eran: la comorbilidad médica, depresión y creencias socioculturales; sin embargo, se encontró que el 72.5% de los encuestados mostró su sexualidad en forma positiva.<sup>22</sup>

Por otro lado, el envejecimiento no es por sí solo un factor que origine la disminución de interés sexual de la mujer, ni su capacidad de respuesta sexual. La mujer de edad avanzada puede mantener, generalmente, sus patrones de conducta sexual anteriores, los que presentaba en la juventud, hasta el final de la vida o hasta que aparece una enfermedad lo suficientemente debilitante que lo impida.

Ligado a los cambios físicos, los cambios emocionales parecen tener un mayor impacto en la calidad de vida de los varones una vez pasados los cuarentas. Andropausia no es vejez, dice el doctor Carlos,<sup>50</sup> especialista en sexología clínica y

autor del libro "Andropausia, renacer a los 50", considera que los varones maduros tienen el reto de encontrar otras salidas a la crisis del crecimiento. Pero lo que no cabe duda es que hablar de frente sobre los mitos y verdades es una forma de alargar la vida al otorgarle calidad.

El médico indica que en lo que sí coinciden hombres y mujeres maduros es en que la pérdida del deseo sexual, la depresión por la falta de futuro o actividad, el cambio de vida (partida de los hijos, muerte del cónyuge, divorcio, desempleo) y el paso a la madurez, les trae consecuencias anímicas y emocionales que varían en intensidad en cada persona pero que pueden llegar a ser severas si no se hace nada por modificar lo que es posible.<sup>41</sup>

Una buena asesoría médica aunada a la convicción de que la vida en la madurez tiene otras características que pueden hacerla interesantes y saludables es la mejor opción para disfrutarla y hacerla ser.<sup>35</sup>

Como respuesta a las necesidades señaladas, la Asociación Mundial de Psiquiatría está desarrollando un modelo de diagnóstico global-comprensivo que contempla los trastornos sexuales, las comorbilidades físicas y mentales, relaciones y factores contextuales, calidad de vida, al igual que una formulación ideográfica complementaria. Se espera que esto mejore las destrezas científicas, la efectividad terapéutica y las aspiraciones éticas de esta área crucial de la Salud Humana.<sup>51</sup>

## 2.5. CONCEPTOS

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

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

El cuerpo (soporte biológico) al que nos referimos no es un objeto hipostasiado, menos aun un simple mecanismo biológico de deseos y necesidades determinadas, sobre los que se actúa desde fuera mediante controles y estímulos, sino una relación de un sistema de conexiones que son materiales, discursivas, psíquicas y sexuales.<sup>13</sup>

Ese cuerpo es nuestro soporte biológico de cambios que a lo largo de la vida de un individuo, evidencia su crecimiento, maduración y envejecimiento, es la primera instancia de identificación interindividual, y uno de los canales que más frecuentemente se utiliza en la comunicación, a su vez emerge de una base social a partir de la cual este es reconocido, admirado, despreciado y hasta incluso negado.<sup>52</sup>

El cuerpo es signo del individuo, el lugar de su diferencia, de su distinción basado en una fuerte relación entre el tiempo y el espacio; el tiempo por que el cuerpo siempre tiene huellas del pasado y el espacio a la vez físico y simbólico donde se desarrolla su devenir como persona y como miembro de un grupo sociocultural entre el cual se han establecido tales relaciones que solo se puede imaginar aquellas como un conjunto que demandan nuestra atención.<sup>53</sup>

El grupo ó comunidad cultural forja un mundo de creencias sobre su propia existencia y el mundo que le rodea. La ciencia, el arte, la religión, los mitos y dentro de todos estos englobamos la sexualidad y el cuerpo que son algunas manifestaciones que hemos optado por denominar estructuras simbólicas, uniendo la sexualidad y cuerpo damos la corporabilidad que es la instancia de la figura del discurso y deseo para el organismo.... Y es lo que llamamos salud sexual.<sup>13</sup>

Por lo antes descrito es necesario mencionar a la gerontología que es el estudio del envejecimiento sano y se diferencia de la geriatría, que pone su atención en los aspectos patológicos. Esta área de estudio puede ser vista a partir de dos grandes ramas: las ciencias naturales y las ciencias sociales, cada una de las cuales definirá el envejecimiento y sus características de manera distinta. Desde el punto de vista de la biología y también de la psiquiatría, el envejecimiento normal se define como aquel carente de enfermedades físicas o psíquicas, por lo que la vejez no constituye una enfermedad en sí. Por su parte, el estudio del envejecimiento desde su ala social recibe el nombre de gerontología social y "trata de los fenómenos humanos asociados al hecho de envejecer, proceso inherente a toda persona"<sup>7, 33</sup>

Se define como Salud Sexual Geriátrica a "la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito".<sup>6</sup>

La sexualidad se ha definido como un proceso de integración emocional, somática, intelectual y de aspectos sociales en forma de un todo, incluye todas las formas de expresión: el tocar, la intimidad emocional, la compañía o la masturbación.<sup>54</sup>

La genitalidad es una función de los órganos genitales, un fenómeno fisiológico. Existe también sin relación afectiva. En cambio, la sexualidad tiene una dimensión típicamente personal y humana. También comprende la genitalidad, pero la supera y trasciende, esta no es solo la satisfacción de un deseo provocado por un estímulo neuro - hormonal, es mucho más, porque afecta a toda la persona, no solo al instinto. Esto no es más que uno de los muchos elementos de una relación sexual en la cual intervienen sobre todo la afectividad, la fantasía, la emoción, el amor.<sup>46</sup>

En las personas mayores la actividad sexual, no es entendida necesariamente como actividad orientada al coito, sino, en un sentido mucho más amplio; se trata del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. Así en la vejez el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de ésta. Este concepto se debe entender en forma amplia, integrando en él, el papel que juega la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades, intereses, etc.<sup>44</sup>

El fenómeno del envejecimiento es un proceso que en orden biológico se manifiesta por una disminución genérica del metabolismo; pero es importante tener en cuenta la sociedad en la cual se desarrolla ya que es un proceso biopsicosocial.<sup>53</sup>

En nuestra sociedad, la ancianidad constituye un problema serio de salud, al constituir ésta un derecho de la población, se trabaja cada vez más en torno a la creación de condiciones óptimas para la atención geriátrica. Por otra parte los adelantos de la revolución científico-técnica, hacen que la vejez hoy en día tenga

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

### **2.5.1 FACTORES SOCIALES**

Las sociedades marginan y discriminan a las personas de edad, quienes son vistas como cargas improductivas de sus familias y el país. Los adultos mayores son excluidos rutinariamente de la toma de decisiones y de los principales programas sociales, incluidos aquellos diseñados para mejorar la salud y disminuir la pobreza. Constituyen una baja prioridad cuando se distribuyen recursos a nivel del hogar, la comunidad y el país.

#### **Modelo social de la sexualidad**

- Los viejos no tienen capacidad fisiológica para la respuesta sexual
- A los viejos no les interesa el sexo
- Las desviaciones sexuales son más frecuentes en la vejez
- Los viejos que se interesan en el sexo son perversos
- Es indecente y de mal gusto que manifiesten sus intereses sexuales
- Actividad sexual es perjudicial para los viejos

En la sociedad contemporánea el anciano, por el hecho de serlo, presenta más indefensión, y en el plano estricto de la sexualidad, la sociedad también le es hostil.<sup>11</sup>

En efecto, el proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica, a un aumento de la vulnerabilidad frente a las enfermedades y en general a cualquier tipo de agresión.

Además, el proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por ser el momento más dramático de la existencia: la etapa de "las pérdidas" y de "los temores". Pérdidas de todo tipo que se producen en esta etapa de la vida: del papel productivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los amigos, los hijos, disminución de eficiencia física y de la independencia psicológica, etc.<sup>24</sup>

- **Creencias religiosas:** Consideran el sexo como algo pecaminoso con exclusión de su **valor** reproductivo, o que debe ser limitado dentro de estrictas reglas.
- **Trabajo, jubilación y aspectos económicos** preocupaciones, personas sometidas a elevadas presiones o demandas laborales e intelectuales derivadas de sus cargos, próximo arribo a la jubilación. Este inminente cambio en su rol social y las preocupaciones derivadas de este, cuando no se está preparado para afrontarlo, actúan de igual manera en lo relativo al sexo.
- **Viudez:** los sentimientos afectivos desencadenados por la pérdida del cónyuge se hacen evidentes y se agrega en ocasiones a un periodo prolongado de inactividad sexual.
- **Mitos y creencias** sobre la sexualidad en la vejez
- **Disfunción familiar** puede manifestarse por medio de los síntomas de los integrantes como violencia intrafamiliar, hasta disfunción del subsistema conyugal.<sup>16</sup>
- **Inadecuado bienestar social**, gran parte de los trastornos psicosociales tienen sus origen en la disfunción familiar

Estos mitos no tienen ninguna base real, los más comunes son: la disfunción eréctil es normal por la edad, los ancianos no tienen deseo sexual, los adultos mayores no tienen la capacidad de hacer el amor, los viejos son muy frágiles y propensos a lastimarse si intentan el coito, los ancianos son poco atractivos e indeseables, los viejos que se involucran en actividades sexuales son perversos, Es de muy mal gusto que las personas mayores expresen en público manifestaciones de afecto y deseo; etc.<sup>33</sup>

## **2.5.2 FACTORES FISICOS O BIOLÓGICOS**

### **Respuesta Sexual En El Adulto Mayor**

La respuesta sexual humana consta de varias fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La primera de estas fases, el deseo se extiende a lo largo de toda la relación y en algunos casos, especialmente en mujeres, incluso tras la resolución, el deseo sobre todo el espontáneo, disminuye con la edad, desde las frecuentísimas fantasías adolescentes, cada 5 min., a las que se dan varias veces al día en adultos de 50 años. Esta disminución se debe a 2 motivos fundamentales: el decremento con la edad de los niveles de testosterona libre y la disminución respecto a las expectativas, sin embargo el deseo reactivo funciona de una manera distinta.<sup>44</sup>

El DSM IV reconoce cuatro fases en el ciclo sexual humano: excitación, plateau, orgasmo y resolución.<sup>55</sup>

### **Factores biológicos en el hombre anciano**

La duración e intensidad de su ciclo sexual cambia incluso en ausencia de factores patológicos.

- Fase de excitación: el anciano necesita más minutos que el joven para lograr la erección y esta es menos firme además, se reduce la respuesta visual y táctil respecto a los jóvenes.
- Fase de plateau o meseta: es más larga por disminución de la fuerza del músculo cremaster con disminución de la elevación testicular
- Fase de orgasmo: es más corta y con un menor volumen de líquido seminal.
- Fase de resolución: la pérdida del volumen peneano es más rápida y el período refractario está alargado.<sup>35</sup>

### **Factores biológicos en la mujer anciana**

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

- Fase de excitación: la fase de expansión y lubricación de la vagina está más alargada.
- Fase de plateau: la elevación del útero está disminuida; la duración y la intensidad a la estimulación sexual para lograr un orgasmo está aumentada.
- Fase de orgasmo: las contracciones musculares para el orgasmo existen pero disminuidas en número e intensidad, pudiendo haber contracciones dolorosas.
- Fase de resolución: está más alargada que en las jóvenes y presentan una reducción de la capacidad de multiorgasmo.<sup>47</sup>

## Cambios fisiológicos que ocurren con la edad

Existen una serie de cambios fisiológicos que ocurren con la edad. Pero estos no significan muerte sexual. En el hombre dentro de los cambios anatómicos y funcionales tenemos: Los espermatozoides disminuyen su capacidad de movimiento dentro del semen, que también disminuye en número y calidad, de forma paulatina a partir de los 40 años. Sin embargo más del 50% de los varones de 70 años tiene una abundante espermatogénesis, suficiente para poder mantener una buena capacidad genésica.<sup>50</sup>

A los 70 años de edad, los testículos mantienen su tamaño normal, pero existen cambios degenerativos en los tubos seminíferos, aplanamiento del epitelio germinal e interrupción en la producción adecuada de las células germinales. La producción de espermatozoide viene regulada por la hormona FSH, y está a su vez, lo está por el hipotálamo.

En la producción e semen intervienen tres estructuras:

Las vesículas seminales: que muestran cambios estructurales, entre los que se incluyen lo que se conoce como degeneración amiloidea y la sustitución de sus fibras musculares por tejido conectivo. El liquido seminal normal es muy rico en fructuosa, fuente de energía que favorece la movilidad y el ascenso de los espermatozoides. Se pierde también parte de esa riqueza energética.<sup>3</sup>

La próstata se hace más dura y muestra de forma progresiva cambios degenerativos, cada vez más extensos. Las células glandulares inician su atrofia en torno a los 40-50 años, a los 60 años toda la próstata glandular muestra una deficiencia funcional, y cuando se superan los 65 años, es posible percibir masas duras en un número cada vez mayor de sacos glandulares. Las glándulas de Cowper, cuya función es producir un líquido alcalino, escaso en su cuantía, pero con

la función de neutralizar los restos ácidos urinarios de la uretra distal, apenas producen líquido en los ancianos de edad avanzada.<sup>56</sup>

Cabe decir que con la edad, el líquido seminal se va haciendo más escaso progresivamente, y también más pobre en sus cualidades funcionales. En la edad avanzada la testosterona disminuye, al mismo tiempo que la actividad sexual del individuo. El papel de la testosterona es muy importante para el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios, aunque no es el único factor que participa en este sentido, porque se ha comprobado que los ancianos con buenos niveles de testosterona muestran una mala respuesta sexual.<sup>28</sup>

Las razones podrían ser: Fallo funcional de las aminas cerebrales, en la vía central dopaminérgica. Una pérdida de sensibilidad de receptores adrenérgico, hecho que se ha constatado en el curso del envejecimiento, para otras muchas funciones del organismo.

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

Más tiempo para logra la erección (El hombre joven necesita como promedio sólo de 15 a 30 segundos y el anciano puede demorar hasta 10 minutos). Demora más el tiempo en eyacular, lo cual prolongará más el coito.

La erección del hombre de más de 50 años es menos firme debido a que los vasos sanguíneos no son tan elásticos como antes y los músculos son menos potentes, lo que disminuye la intensidad de erección pero nunca en condiciones de salud le hará perder totalmente la capacidad de un contacto sexual normal.<sup>3</sup>

Disminución del eyaculado en cuanto a su volumen y la fuerza con que es expulsado debido a una menor potencia de los músculos eyaculadores y, por lo

tanto, de sus contracciones durante el orgasmo. Este factor es muy poco importante, pues pocas veces los miembros de la pareja se percatan de este detalle.<sup>56</sup>

El periodo de detumescencia del pene, o pérdida de la erección después de la eyaculación, se produce con más rapidez, así como el tiempo necesario para lograr la próxima erección (periodo refractario) se prolonga. La erección pudiera disminuir, perderse o recuperarse en una o múltiples ocasiones durante el acto sexual prolongado y en ocasiones el pene no alcanza una completa ingurgitación hasta momentos antes de la eyaculación. Esto depende también de la intensidad de los estímulos sexuales.<sup>50</sup>

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

En el anciano y en el hombre maduro predomina la excitación producida por tocamientos y caricias sobre las zonas erógenas del cuerpo y la estimulación directa de los genitales. El no lograr la erección satisfactoria o total hasta que la compañera le acaricia directamente los genitales constituye una expresión de que en esa etapa predominan los reflejos medulares, y no una falta de potencia sexual. El hombre de edad avanzada puede gozar perfectamente el coito sin llegar necesariamente al orgasmo. Después de los 60 años se puede eyacular en uno o dos de cada tres coitos y esto no ser causa de insatisfacción. Las necesidades de contacto sexual en hombres mayores de 60 años de edad puede limitarse a una o dos veces por semana y ser suficiente para su bienestar.<sup>37</sup>

En los ancianos también puede perderse la llamada fase de inevitabilidad eyaculatoria. Esta fase precede en unos escasos segundos a la eyaculación y en ella el hombre se hace consciente de que va a eyacular y no lo puede evitar o controlar. El anciano puede eyacular sin este aviso, que es producto de la contracción de la musculatura de las vías seminales, pero experimenta la segunda fase del orgasmo sin dificultad. En el hombre mayor de 50 años disminuye la elevación de los testículos dentro del saco escrotal antes de la eyaculación, por la acción de los músculos cremasterianos.<sup>56</sup>

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

La redistribución de la grasa, la disminución de la fuerza muscular, la modificación en la distribución del vello, y los cambios osteoarticulares, que favorecen la tendencia a padecer osteoporosis, son algunas modificaciones que van a influir en la actividad sexual. También son más evidentes los relativos a los caracteres sexuales secundarios y de forma específica a las mamas, cuyo tejido glandular es sustituido por tejido graso y cuya piel pierde elasticidad, en grado suficiente como para deformar de manera importante su posición en el tórax.<sup>4</sup>

### **En el aparato genital femenino los cambios más significativos son**

Los labios mayores y menores pierden elasticidad y se muestran atrofiadas progresivas de sus capas dérmicas y epidérmicas, lo mismo que el resto de la vulva. La vagina con su deprivación estrogénica, tiene menos capacidad para su fluidificación, lo que a su vez facilita infecciones locales. Su mucosa se hace más fina y seca, además pierde longitud, se hace más estrecha y menos elástica y reduce su capacidad de distensión. El clítoris tiene mayor dificultad para la erección. Disminución del vello axilar y púbico.<sup>42</sup>

Desde el punto de vista endocrino metabólico, los cambios más importantes ocurren durante la menopausia, por el cese de producción de estrógeno, que provoca una serie de cambios fisiológicos:

Menos intenso el aumento de tamaño de la mama y se vuelven menos firmes y más planas. No se observa al principio del coito los cambios tópicos en los labios mayores como: Aplanamiento, separación y elevación y es menor la vaso dilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esa zona. Debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existe menor contracción de la vagina durante la fase de plataforma orgásmica.<sup>44</sup> Y menor la elevación uterina. Las contracciones uterinas orgásmicas se hacen más débiles y en ocasiones dolorosas por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo estos procesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y por lo tanto el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina. Es necesario insistir en que estos cambios se dan en distintos grados y aparecen en tiempo claramente diferente dependiendo de numerosos factores que explicaremos posteriormente.

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

Cambios en la actividad sexual en el sexo masculino:

- Se produce una disminución paulatina de la actividad sexual, midiendo el número de eyaculaciones por unidad de tiempo.
- Disminución de la fortaleza y frecuencia de las contracciones de la musculatura estriada de la pelvis.
- Apreciación subjetiva de la **percepción** de una menor intensidad de placer derivada del orgasmo.
- Menor frecuencia de eyaculación precoz.

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

- La excitación es más lenta (hasta 5 min.).
- Disminución en el número de coitos, y a la vez existe un aumento de la frecuencia de prácticas masturbadoras en la mujer.

La sexualidad del adulto mayor es plena y satisfactoria a lo largo de la vida siempre y cuando no existan enfermedades que invaliden esta función por lo que este tiene derecho de disfrutar plenamente de ella.<sup>6</sup>

### **Cambios en la función sexual con la edad**

Como se ha mencionado previamente, el comportamiento sexual en la vejez depende de muchos factores: salud en general, disponibilidad de un compañero (a) sano (a), personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, etc. La sexualidad en el anciano debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Por ello, se acepta como normal en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones.<sup>37</sup>

El mundo se encuentra en medio de una transición demográfica, ya que la proporción de personas mayores de 60 años aumenta, y la proporción de los menores de 15 disminuye. Si bien el envejecimiento de la población comenzó en los países desarrollados, esta tendencia también abarca a los países en desarrollo. Actualmente, el 8% de la población de los países en desarrollo tiene más de 60 años. No obstante, a medida que aumenten las expectativas de vida, esa proporción crecerá hasta alcanzar aproximadamente el 20% en el año 2020.<sup>8</sup>



El principal problema de los Adultos Mayores es siempre el mismo en cualquier lugar del mundo: vivir el máximo de tiempo con el máximo de calidad, conservando el rol que da sentido a la vida de la persona. Los mitos y prejuicios son construcciones culturales que forman parte del imaginario social, y al formar parte de éste, dictaminan el comportamiento esperado, el "como debe ser" para cada individuo según el grupo al que pertenece. En el caso de los Adultos Mayores, se espera que al entrar en la etapa jubilatoria deje de tener proyectos, actividades, deseos y necesidades sexuales. En la Tercera Edad, la sexualidad es una de las dimensiones más ricas, esto contradice uno de los prejuicios más arraigados: "en la vejez termina la sexualidad".

En la mujer una de las falsas creencias que más afecta es la que argumenta que con la llegada de la menopausia disminuye considerablemente su apetito sexual. A este respecto, diversas investigaciones han demostrado que la menopausia no es sinónimo de fin de la vida sexual de la mujer. En algunos casos actúa en forma liberadora, porque ya no está presente el temor a embarazos no deseados, dando lugar a una vida íntima más placentera.<sup>6</sup>

A medida que las mujeres envejecen, se enfrentan a una doble carga de discriminación: como personas mayores y como mujeres. Al mismo tiempo, las mujeres que envejecen sufren de los efectos de por vida de los sesgos por género y una baja condición social. Tras años de una mala nutrición, intenso trabajo físico, múltiples embarazos y un limitado acceso a la atención en salud, las mujeres suelen llegar a la vejez con una mala salud crónica. Si se las compara con los hombres, también es más probable que las mujeres sean pobres, hayan enviudado y dependan económicamente de sus familias. Las mujeres mayores cargan con el peso asociado a su papel como cuidadoras de la familia: son las encargadas de cuidar a sus padres y maridos a medida que envejecen, así como también a sus nietos huérfanos.<sup>7</sup>

A medida que las mujeres llegan a la menopausia (generalmente entre los 45 y 55 años) es posible que necesiten ayuda para manejar los síntomas asociados a la transición menopáusica, un período de aproximadamente cuatro años de cambios hormonales y clínicos que culminan con el fin de la menstruación. Durante este tiempo las mujeres pueden experimentar síntomas vasomotores (bochornos y sudoración nocturna), problemas urogenitales (incontinencia, urgencia por orinar y relaciones sexuales dolorosas) y síntomas psicológicos. No obstante, la naturaleza y frecuencia de estos síntomas varía ampliamente de una región del mundo a otra.

En algunas culturas, las mujeres consideran la menopausia de manera positiva, centrándose en la libertad que ésta les otorga de la menstruación y el relajamiento de restricciones sociales que viene con la edad mayor. No obstante, siguiendo el modelo de los médicos, cada vez más las mujeres en los países en desarrollo ven la menopausia como un problema médico que requiere alguna intervención.<sup>27</sup>

Después de la menopausia, las mujeres se enfrentan a nuevos riesgos de salud de largo plazo. Los cambios hormonales contribuyen a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y de osteoporosis, lo que afecta a aproximadamente el 10% de las mujeres en todo el mundo y puede causar fracturas discapacitantes de cadera y vertebrales. A medida que envejecen, las mujeres también se enfrentan a una mayor probabilidad de sufrir otros trastornos de salud reproductiva, tales como el prolapso genital, las infecciones del tracto urinario e incontinencia, el cáncer de mama, y el cáncer.<sup>11</sup> Toda enfermedad debilitante o que afecte el psiquismo, por diferentes mecanismos, pueden dar contraste con toda actividad sexual. La Diabetes Mellitus es un ejemplo típico por mecanismos vasculares y neurogénicos pueden producir pérdida de la erección o presencia de eyaculación retrógrada por falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo

**Medicamentos:** Antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, agentes bloqueadores colinérgicos, benzodicepinas, narcóticos, inhibidores de la imao, una adecuada elección del fármaco por el médico, el ajuste de las dosis mínimas necesarias y la

discusión franca con el paciente sobre su actividad sexual pueden disminuir las posibilidades de disfunción sexual por las drogas.<sup>28</sup>

**Alcoholismo:** Los cambios hormonales y metabólicos que afectan a todo el organismo, y en especial al SNC y periféricos, disminución de la testosterona y ACTH, temblor extra piramidal, neuritis alcohólica provocan trastorno de la erección en el hombre y deprimen la libido en cualquier edad.<sup>3</sup>

#### 2.5.4 FACTORES PSICOLOGICOS

##### **Ansiedad y culpabilidad**

Algunas personas del sexo masculino de la tercera edad Inician con ansiedad por el temor a fallar en el acto sexual y no tener erección o a no hacer "un buen papel". En la mujer por temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero o culpabilidad por sus deseos sexuales. Podemos afirmar que un hombre o una mujer sanos físicamente y psíquicamente entre 50 y 70 años o incluso en edades avanzadas pueden mantener un determinado nivel de actividad sexual.<sup>26</sup>

##### **La depresión**

No es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona --sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física.<sup>10</sup>

En su forma más benigna, la depresión puede impedirles a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud secundariamente de las relaciones sexuales. Cuando los síntomas de la depresión son más graves, pueden causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida y causar dolor recargado a las personas que los aman. En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida, todos estos síntomas pasan muchas veces desapercibidos hasta por el mismo médico que no da importancia a identificar problemas de salud mental incluyendo el bienestar psicosocial, soporte familiar adecuado, todos los problemas de índole psicológico también suprimen el interés sexual.<sup>17</sup>

### III ESTUDIO EMPIRICO

#### 3.1 OBJETIVO

Analizar los factores, físicos, psíquicos y sociales que pueden alterar el bienestar sexual en la vejez

#### 3.2 HIPÓTESIS.

Los factores sociales son la principal causa de una vida sexual limitada en la vejez mientras que los factores psicológicos y físicos no afectan en gran medida.

#### 3.3 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio TRANSVERSAL, porque se estudian las variables simultáneamente, en un momento determinado realizando un corte en un tiempo. OBSERVACIONAL porque no se alteran ni se experimenta con las variables, DESCRIPTIVO dado que se estudia la frecuencia del planteamiento del problema, factores que los determinan, ANALITICO porque se expone los principales factores físicos, psicológicos y sociales que limitan una vida sexual plena en la vejez, SIN IMPLICACIÓN ETICA ya que las personas no fueron sometidos a riesgo alguno.

### **3.4 METODOLOGÍA.**

#### **3.4.1 LUGAR Y DURACIÓN.**

Hospital central "Dr. Ignacio Morones Prieto" marzo del 2008 a febrero del 2009.

#### **3.4.2 GEOGRÁFICO**

San Luís Potosí, SLP, Ciudad.

#### **3.4.3 UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACIÓN, MÉTODOS DE MUESTREO.**

Para llevar a terminación este estudio tomaremos en cuenta a todas las personas de la tercera edad que acuden a la **consulta externa de medicina familiar y de la especialidad de medicina integrada del Hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto"**.

#### **3.4.4 UNIDAD DE INVESTIGACION**

Para llevar a término este estudio tomaremos en cuenta a personas mayores de 60 años de edad, captados en la consulta externa de Medicina Familiar y Medicina Integrada del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

#### **3.4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se realizó Calculo de la muestra con el programa EPI6 del Centers for Disease Control and Prevención (CDC) de Atlanta, USA, World Health, en el apartado para estudios de tipo transversal, cuenta los sig. Parámetros:

Error Alfa: al 0.05 (5%)

Error Beta: al 0.20 (20%)

Lo que da una muestra de 122 personas de la tercera edad a participar.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSION**

Adultos de 60 años y más

Ambos sexos

Que deseen contribuir al estudio

Carta de consentimiento informado

#### **3. 5. 1 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Personas con discapacidad psíquica

Personas menores de 60 años.

#### **3. 5. 2 CRITERIOS DE ELIMINACION**

Emigración

Defunción

Voluntaria

### **3.6 VARIABLES EN EL ESTUDIO**

DEPENDIENTE:

SEXUALIDAD: (variable cualitativa nominal)

Se ha definido como un proceso de integración emocional, somática, intelectual y de aspectos sociales en forma de un todo, es la identidad que tenemos desde el nacimiento hasta la vejez e incluye todas las formas de expresión: el tocar, la intimidad emocional, la compañía o la masturbación.

Lo definiremos:

Por el apartado **e)** del Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachussets (MGH). Fiabilidad mayor al 75%.

e) ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?					
1	2	3	4	5	6
Mas de lo		Mínimamente	Moderadamente	Marcadamente	Totalmente
Normal	normal	disminuida	disminuida	disminuida	ausente

Y apartado **III** de la escala de valoración del subsistema conyugal:

SATISFACCIÓN SEXUAL	nunca	ocasional	siempre
a. Es satisfactoria la frecuencia de la relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10

## INDEPENDIENTES

### FISICO

- **GENERO** (variable cualitativa nominal) caracteres sexuales que diferencian a un hombre y una mujer. **Medición:** femenino y masculino.
- **EDAD:** (variable cuantitativa continua) Se ha definido como el estado cronológico de un individuo. **Medición:** la que refiera el paciente en ese momento definiéndolos en los siguientes rangos

De 60 a 64 años

De 65 a 69 años

De 70 a 74 años

De 75 a 79 años

De 80 años y más.

- **FUNCIONALIDAD:** (Variable Cualitativa Nominal), definida mediante la aplicación de la escala de Barthel, fiabilidad del 85%.

Puntuación	Grado de dependencia.
100	Independiente
> ó = 60	leve
40-55	moderada
20-35	grave
< 20	total

- **SALUD** (variable cualitativa nominal) se ha definido como la condición clínica del individuo.

Definida mediante apartado **F)** de la escala de Satisfacción con la vida (reducida de Diener 1996) fiabilidad del 80%.

**1= Muy Insatisfactoria                      insatisfactoria                      Intermedia**  
**satisfactoria                      5= Muy satisfactoria**

Tu Salud	1	2	3	4	5
----------	---	---	---	---	---

## PSICOLOGICO

- **DEPRESION** (variable cualitativa nominal) trastorno del estado de animo que va desde el estado distimico hasta el episodio depresivo mayor, definida mediante la escala de Yesavage reducida, fiabilidad del 85%.

Puntaje:

0-5 NORMAL.

6-9 DEPRESION LEVE

10 ó MAS DEPRESION ESTABLECIDA.

- **ANSIEDAD** (variable cualitativa nominal) síntomas físicos y psicológicos que van desde la preocupación de carácter excesivo y persistente acompañado de inquietud, irritabilidad, dificultad en la concentración, trastorno del sueño y tensión muscular, definida con la escala de ansiedad Clínica desarrollada a partir de la escala de Hamilton para la ansiedad con el 75% de especificidad.

Puntaje:

0-4 sin ansiedad o remisión clínica.

5-10 ansiedad leve

11-16 ansiedad moderada

17-24 ansiedad grave

- **CULPABILIDAD** (variable cualitativa nominal) Calidad de culpable, incertidumbre sobre los aspectos relacionados con la identidad, se valora por el apartado particular de la siguiente pregunta.

¿Usted siente culpabilidad respecto a sus deseos sexuales?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONALMENTE	CASI NUNCA	NUNCA
1	2	3	4	5

- BIENESTAR PSICOLÓGICO: definida mediante la escala de bienestar psicológico de Ryff, fiabilidad mayor del 75%.

Donde las respuestas pueden contestarse como: **1** "totalmente en desacuerdo" hasta **5** "totalmente de acuerdo" y califica los siguientes apartados:

***Auto aceptación:***

Sumar los Ítems 1, 7, 17, 24 y 38. Arriba de **18** Alta AC debajo de 18 baja AC.

***Relaciones positivas:***

Ítems 2, 8, 12, 22, 25 y 32. Arriba de **22** buenas RP, menor a 22 malas RP.

***Autonomía:***

Ítems 3, 4, 9, 13, 18, 23 y 39. Arriba de **25** Alta autonomía menor de 25 baja A.

***Dominio del entorno:***

Ítems 5, 10, 14, 19, 29 y 31. Arriba de **20** alto D E menor de 20 bajo DE.

***Crecimiento personal:***

Ítems 21, 26, 27, 28 y 37. Arriba de **20** Alto C P menor de 20 bajo CP.

***Propósito en la vida:***

Ítems 6, 11, 15, 16, 20 y 35. Arriba de **22** Alto P V menor de 22 bajo PV.

## SOCIAL (sociodemográficas)

- ESCOLARIDAD (variable cualitativa nominal) estado actual de educación de cada persona. Medición: analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, profesional.
- ESTADO CIVIL (variable cualitativa nominal) Definición: condición civil de un individuo. Medición: casado, soltero, unión libre, viudo, separado.
- FAMILIA (variable cualitativa nominal) núcleo universal y unidad básica de la sociedad, que varía en estructura y funcionamiento. definida por medio de la escala de Apgar familiar del Dr. Gabriel Smilkstein Universidad de Washington. El cual evidencia la forma en que uno percibe el estado funcional de la familia, fiabilidad 80%.

<i>Función</i>	<i>puntaje</i>
<i>Disfunción familiar severa</i>	0-3
<i>Disfunción familiar moderada</i>	4-6
<i>Buena función familiar</i>	7-10

- RELACION DE PAREJA. (variable cualitativa nominal) se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de complementarse y acomodarse mutuamente. Se llevará mediante la escala de evaluación del subsistema conyugal fiabilidad aceptada.

0 A 40	Pareja severamente disfuncional
41 a 70	Pareja con disfunción moderada
71 a 100	Pareja funcional

- JUBILACION (variable cualitativa nominal) identidad que ofrece al no tener ocupación, el sueldo desaparece y el sujeto parece perder su lugar en la sociedad definida por medio si ó no.

1.- ¿Usted es jubilado?

Si ó no

- ESTATUS ECONOMICO: (variable cualitativa ordinal) definición: posición en qué términos económicos el individuo ocupa en la sociedad de acuerdo a sus ingresos. Se definirá por medio de la escala de situación social actual se estudian de donde obtienen sus ingresos y si cumplen sus satisfacciones básicas. La escala tiene una fiabilidad superior a alfa 70.

4	¿De dónde recibe sus ingresos económicos? (Puede marcarse más de una opción)	no recibe ingresos	<input type="checkbox"/>	1
		su familia	<input type="checkbox"/>	2
		sus amigos	<input type="checkbox"/>	3
		programas sociales	<input type="checkbox"/>	4
		su jubilación	<input type="checkbox"/>	5
		sus ahorros de trabajo	<input type="checkbox"/>	6
5	Nivel de ingresos. ¿Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?	si	<input type="checkbox"/>	1
		no	<input type="checkbox"/>	2

- RELIGION (variable cualitativa nominal) Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de que las cosas animadas tienen alma, de creencias sobre la propia existencia y el mundo que nos rodea, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

**a) ¿Cree usted que sus creencias religiosas le limita para ejercer su actividad sexual?  
si ó no.**

- MITOS. (variable cualitativa nominal) Historia ficticia que condensa alguna realidad humana de significación universal a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien una realidad de la que carecen.

**b) ¿Cree usted que los mitos influyen de manera negativa en su sexualidad?**

<b>Siempre</b>	<b>casi siempre</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

- CREENCIAS (variable cualitativa nominal) Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos y que se adquieren por el hombre como miembro de la sociedad.

c) *¿Posee usted creencias que limiten el desarrollo pleno de su sexualidad?*

<i>Totalmente desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>en acuerdo</i>	<i>totalmente en acuerdo</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

- BIENESTAR SOCIAL (variable cualitativa nominal) definida por medio de la escala de *bienestar social de Keyes*. *Fiabilidad mayor al 75%*.

Donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 5 "totalmente en acuerdo":

***Integración social:***

Ítems: 1, 2, 3, 4, 5 y 7. Arriba de **20** alta IS menor a 20 baja IS.

***Aceptación social:***

Ítems: 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 15. Arriba de **23** alta AS menor 23 baja AS.

***Contribución social:***

Ítems: 16, 17, 18, 19, 20 y 21. Arriba de **19** alta CS menor a 19 baja CS

***Actualización social:***

Ítems: 22, 23, 24, 25, 26 y 27. Arriba de **19** alta AS menor de 19 baja AS.

***Coherencia Social:***

Ítems: 28, 29, 30, 31 y 32. Arriba de **14** alta CS menor de 14 baja CS.

### 3.7. RECOLECCIÓN DE DATOS.

CAPTACION DE DATOS: Los datos se recolectarán a través de los siguientes métodos de valoración

- Historia clínica geriátrica integral (antecedentes sociodemograficos y familiograma)).
- Índice de Barthel
- Escala de depresión de Yesavage reducida.
- Escala de bienestar psicológico de Ryff.
- Escala de ansiedad clínica a partir de la escala de Hamilton
- Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachussets (MGH)
- **(apartado e)**
- Evaluación del subsistema conyugal de Chávez y Velasco **(apartado III)**
- Escala de situación social actual.
- Apgar familiar
- BS - Escala de bienestar social de Keyes.

La historia clínica y escalas validadas se aplicará a los pacientes respetando los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación antes mencionados y le serán otorgados de forma privada, única y confidencial, debido a la información personal, que se recabará en la entrevista.

### 3.8. PLAN DE ANALISIS

#### 1. ANALISIS DE DATOS

Análisis de frecuencias, correlaciones, ANOVA.

#### 2. Metodología estadística

**Análisis estadístico de la información: Paquete estadístico SPSS-15**

El análisis será de tipo descriptivo a través de medidas de tendencia central y analítica, se llevara a término utilizando estadísticas descriptivas, graficas en forma escrita y tabulada.

### **3.9. ASPECTOS ÉTICOS.**

**Investigación sin riesgo.** (Sin implicación ética)

### **4.0. ORGANIZACIÓN.**

**Recursos humanos y materiales.**

Recursos humanos:

1 medico geriatra

1 doctora en psicología de la vejez

1 residente de 2º año de medicina integrada.

Recursos materiales:

-2000 HOJAS TAMAÑO CARTA MARCA XEROX.

-5 LAPICEROS MARCA BOLIGRAFO

-4 LAPICES MARCA BEROL No 2.

-6 BORRADORES MARCA PELIKAN

-3 CD-RUM MARCA IMATION 700MB/80MIN.

-1USB MARCA KINGSTON.

-1 COMPUTADORA

Capacitación de personal:

No se requiere.

Adiestramiento de personal:

No se requiere.

Estudio Piloto

No se requiere.

#### IV. RESULTADOS

De la muestra calculada a encuestar que es de 122 personas, se obtuvo la participación 60 individuos, el resto se negaron a participar. Los participantes firmaron su carta de consentimiento informado, de estos 29 son hombres y 31 corresponden al género femenino. Se les realizó encuestas individualizadas teniendo en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión en donde se determinaron 1 variable dependiente, 18 independientes y las derivadas del estudio, iniciamos con el análisis de los resultados de los factores Físicos, luego sociales y psicológicos dejando el análisis de la variable dependiente al final de los factores. Se infiere que quienes no participaron manifestaron razones socioculturales (tabú) para no hacerlo.

#### FACTORES FISICOS:

**Edad;** la distribución de edades se efectuó en rubros de quinquenios a partir de los 60 años siendo los pacientes más jóvenes y que representó el 31.7% y los de Mayor edad fueron de 80 años y más, representado por el 8.3%, con una media de 2.38, y una desviación típica 1.303.

*Tabla 1 Frecuencia de edades*

	Rubros de edad.	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	60 a 64 años	19	31.7
	65 a 69 años	18	30.0
	70 a 74 años	9	15.0
	75 a 79 años	9	15.0
	80 años y más	5	8.3
	Total	60	100.0

La distribución de la edad en porcentajes se puede observar más ampliamente en la figura 1.

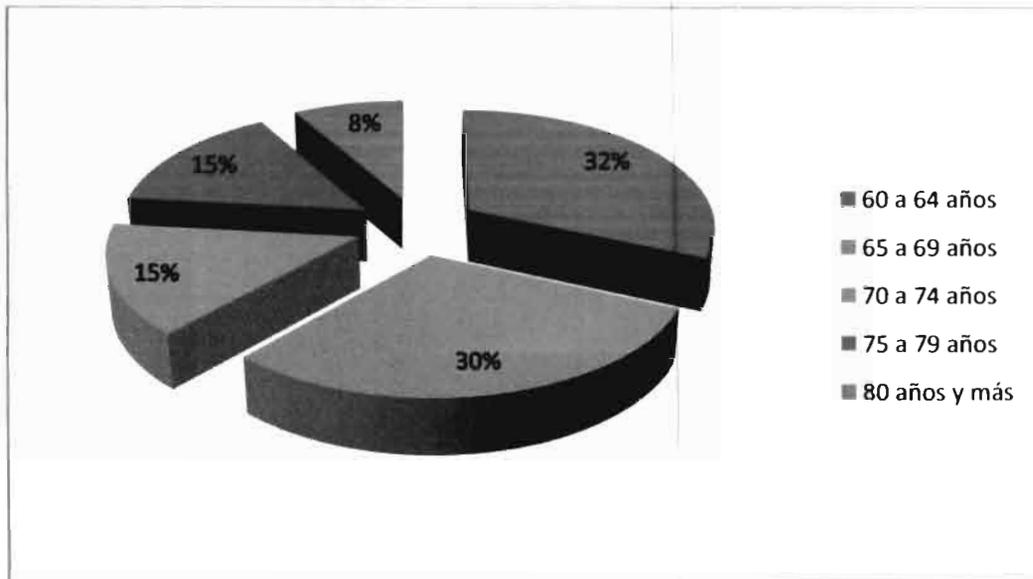


Figura 1 Edad de los participantes, porcentaje.

Con respecto al **Género**, la frecuencia de participantes fue similar encontrando 29 masculinos y 31 femeninos, se corrobora una media de 1.52 con una desviación típica de 0.50, en la siguiente figura se observa el porcentaje que se ocupa entre ambos géneros.

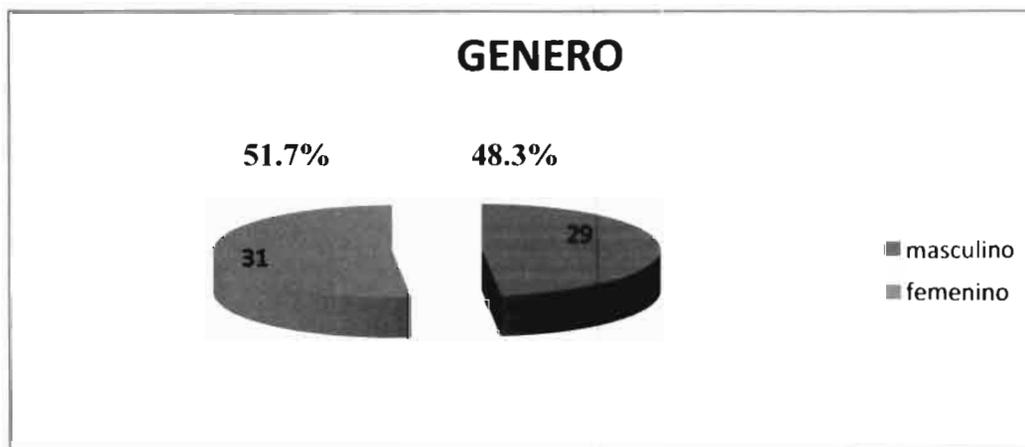


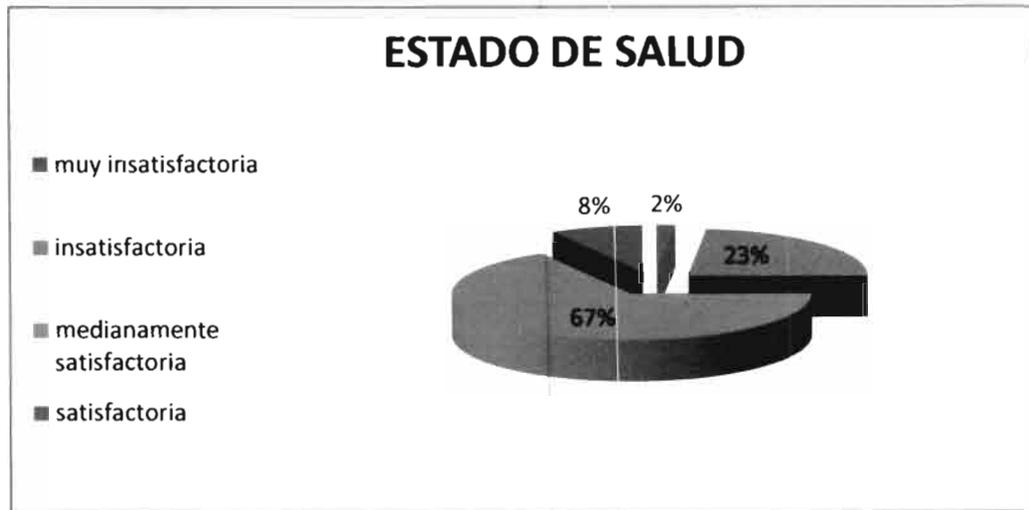
Figura 2 Frecuencia de Género, porcentaje

Los resultados revelaron que el **estado de salud actual** de los participantes corresponde al 66.7% de salud medianamente satisfactoria en relación con el 1.7% con un nivel de salud muy insatisfactoria, los resultados se observan en la tabla 2.

*Tabla 2 Frecuencia del estado de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy insatisfactoria	1	1.7
	Insatisfactoria	14	23.3
	medianamente satisfactoria	40	66.7
	Satisfactoria	5	8.3
	Total	60	100.0

En la siguiente grafica podemos observar de manera objetiva las frecuencias de distribución del estado de salud.



*Figura 3 Frecuencia del estado de salud actual, porcentajes.*

Las características de los participantes con relación a la función física, la valoramos con el grado de dependencia e independencia según la escala de Barthel para la **evaluación funcional**, donde obtuvimos que el 61.7% (37) tiene un grado de dependencia leve. Con un valor significativo, el 36% (22) de los participantes revela que son independientes.

Tabla 3 Grado de dependencia física.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	dependencia moderada	1	1.7
	dependencia leve	37	61.7
	Independiente	22	36.7
	Total	60	100.0

Sin embargo se puede valorar que es importante la identificación por medio de la figura núm. 4 la evaluación funcional de los participantes,

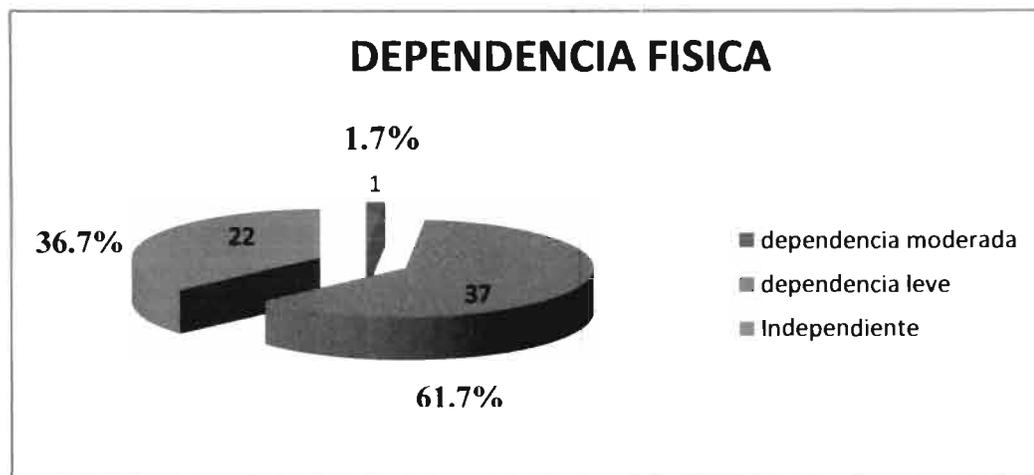


Figura 4 Frecuencia de grado de dependencia derivada de la escala funcional de Barthel, porcentajes.

## FACTORES SOCIALES

En cuanto al **estado civil** de los participantes se obtuvo una mayor frecuencia de casados (29), y en menor frecuencia los solteros (1), desglosando de una manera práctica en la tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia por estado civil.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casado	29	48.3
	Soltero	1	1.7
	Unión libre	7	11.7
	Viudo (a)	15	25.0
	Separado	8	13.3
	Total		60

En la siguiente figura podemos observar de manera objetiva las frecuencias de distribución del estado civil de los participantes y en que porcentaje se observa.

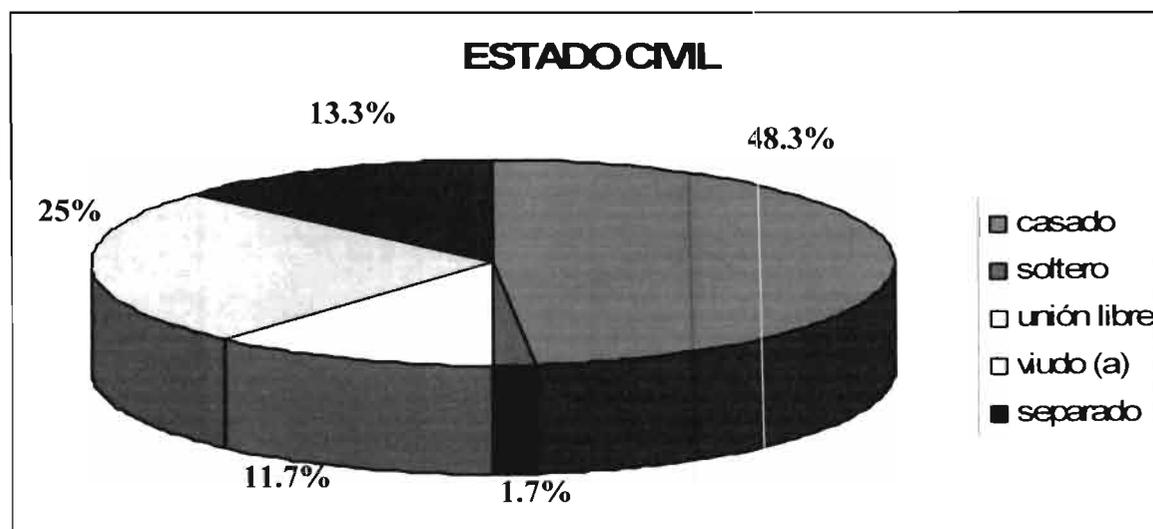


Figura 5. Estado Civil, porcentajes.

Es importante mencionar que no se ocupó el estado civil de divorciados ya que los mismos participantes solo mencionan separación, por no haber un trámite civil y/o legal que los defina como divorcio; prevalece un 48.3% de casados, mientras que el 11.7% vive en unión libre.

En la **escolaridad** se encontró significativamente que el 51.7% tiene primaria, 10% una carrera profesional y 3.3% bachillerato, el porcentaje de las frecuencias se representa de forma esquemática en la siguiente figura.

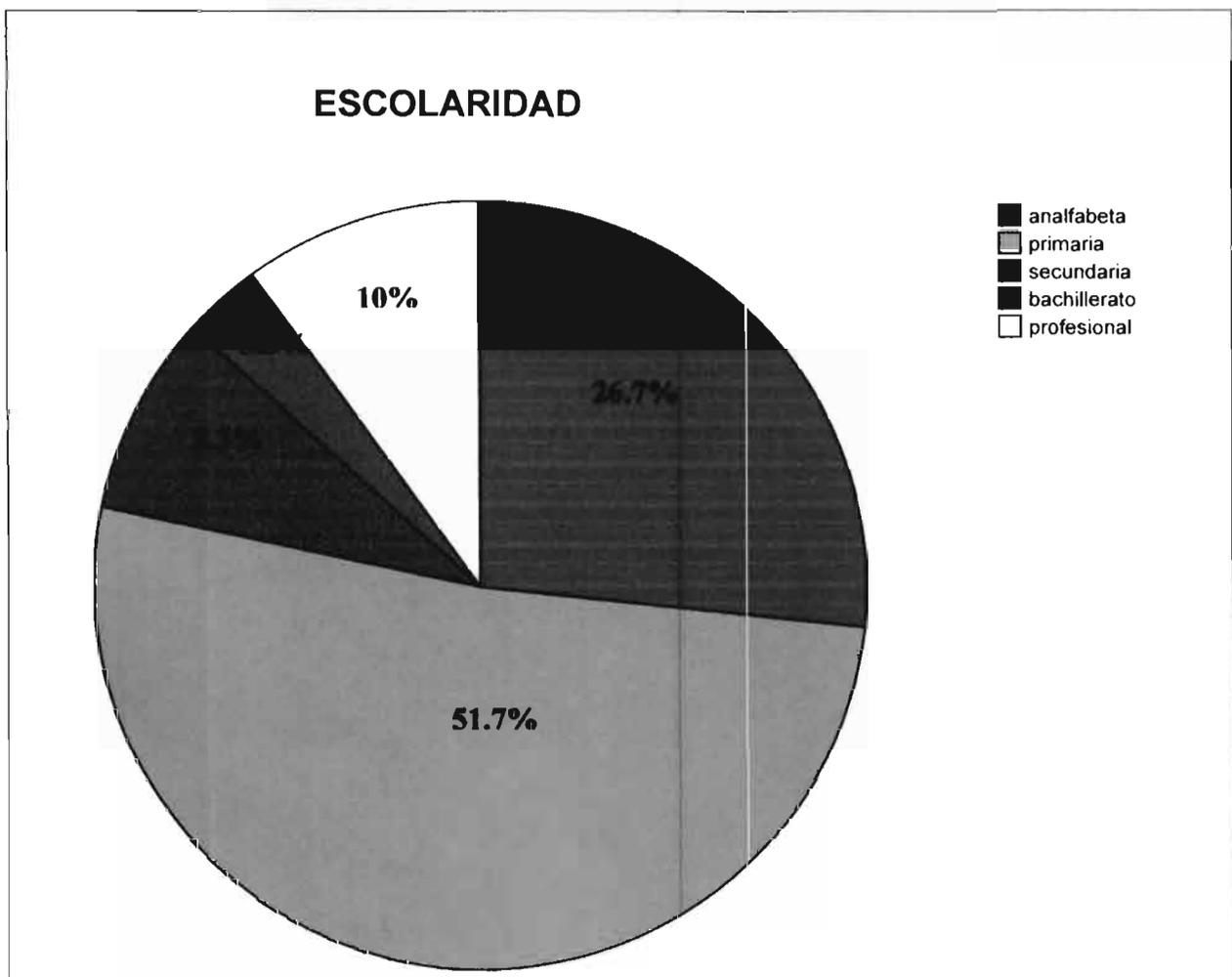


Figura 6. Frecuencia de escolaridad. porcentaje.

La **jubilación** es una situación que se abordó, encontrando trascendentes resultados ya que la frecuencia se encuentra acrecentada a un 70% de no jubilados en tanto que, el 30% si se encuentran jubilados.

Tabla 5. Frecuencia de jubilados.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	18	30.0
	no	42	70.0
	Total	60	100.0

Los porcentajes de cada una de las frecuencias de jubilación están gráficamente representados observando que la mayor cantidad de participantes no son jubilados y secundariamente como observaremos más adelante es difícil la obtención de ingresos.

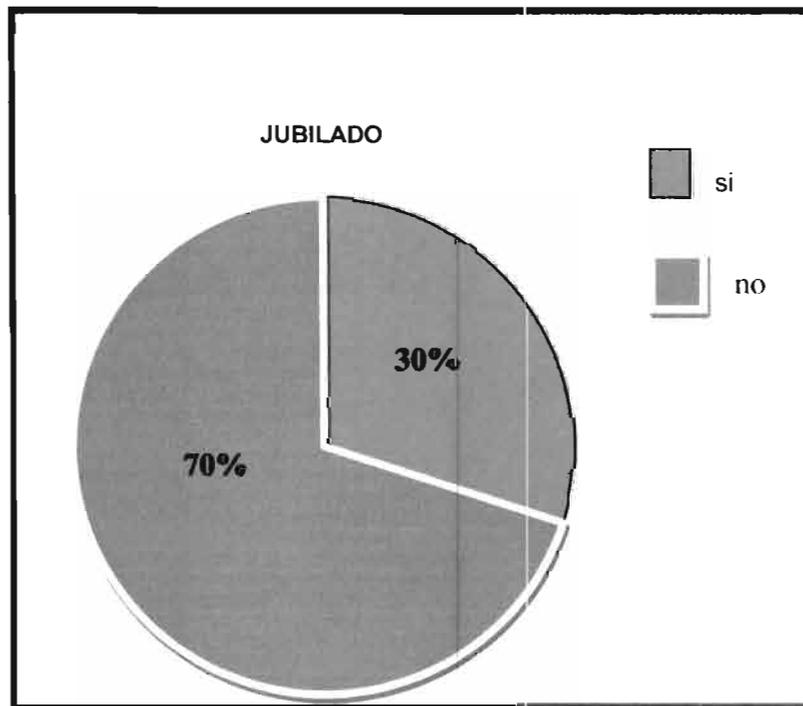


Figura 7. Frecuencia de jubilados, porcentaje

La **religión** tiene un peso importante para la muestra estudiada, se reveló que el 81.7% profesa la religión católica, evangélica o cristiana el 8.3% y otras como Mormones, testigos de Jehová, metodistas 5%.

Tabla 6. Frecuencia religiosa.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Católica	49	81.7
	Evangélica	5	8.3
	Otra	3	5.0
	Ninguna	3	5.0

Las características religiosas de los participantes se acentúan en la figura 6, ya que es representativo que la mayor parte de las personas participantes son católicas, ampliando con porcentajes.

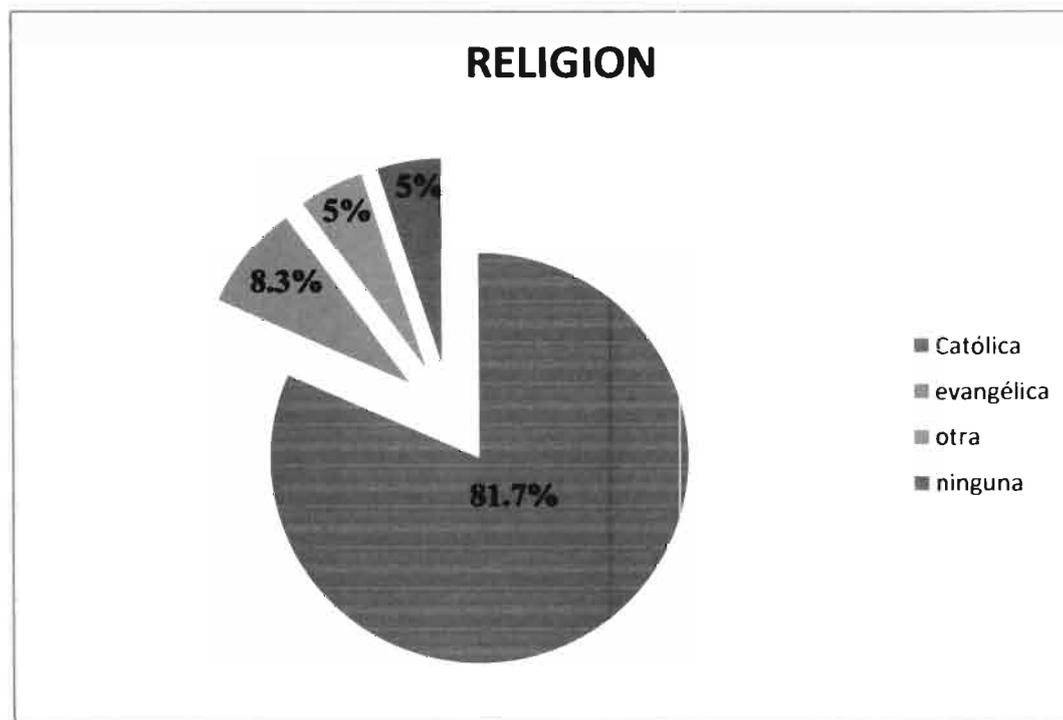


Figura 8. Frecuencia de las características religiosas, porcentaje.

Con respecto a la figura anterior, se analizan en la tabla 7, la frecuencia de creencias religiosas que repercuten en la sexualidad de los participantes ya que 26 respondieron que si tienen **creencias religiosas** que limitan su actividad sexual, los restantes 34 participantes definieron que no hay repercusión.

Tabla 7. Frecuencia de creencias religiosas.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	26	43.3
	no	34	56.7
	Total	60	100.0

En la figura 9 se observa la proporción de participantes que mantienen o no una creencia religiosa y que esta repercute en la actividad sexual, un 56.7% menciona que no tienen creencias religiosas que limiten su actividad sexual, mientras que, el 43.3% refieren que tienen creencias que si repercuten.

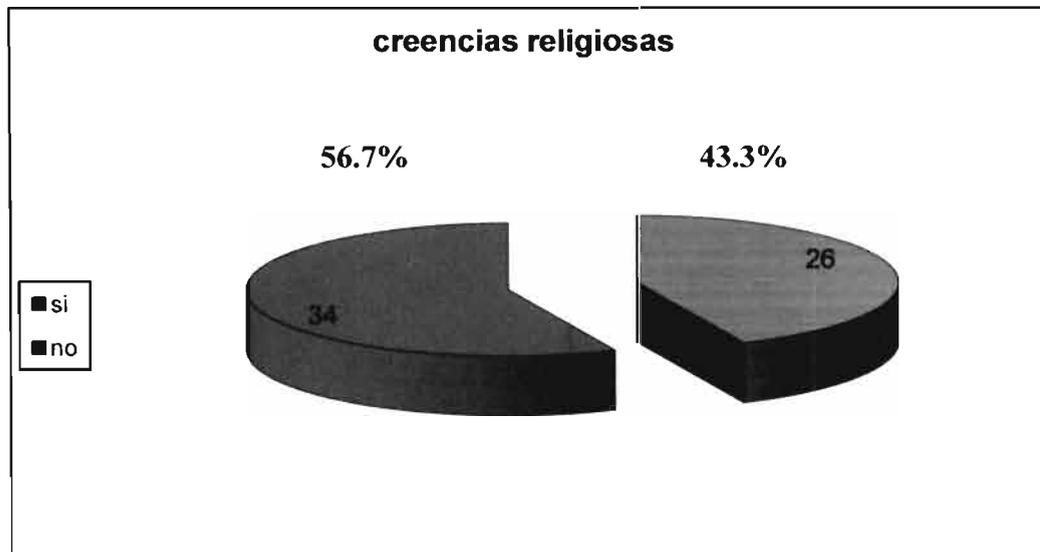


Figura 9. Frecuencia de creencias religiosas que impiden la actividad sexual, porcentaje.

En lo que concierne a la situación social actual de los participantes se pudo corroborar que su **condición habitacional**, es como sigue; el 40% vive con sus familiares formando una familia extensa o semiextensa, el 38.3% vive con su pareja reformando nuevamente una familia nuclear sin hijos por el síndrome del nido vacío y el 21.7% vive solo (a).

Tabla 8. Condición habitacional actual, frecuencia.

Cohabita con		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	sus familiares	24	40.0
	solo (a)	13	21.7
	con su pareja	23	38.3
	Total	60	100.0

Representados de manera gráfica los porcentajes obtenidos de la condición habitacional actual se observan así:

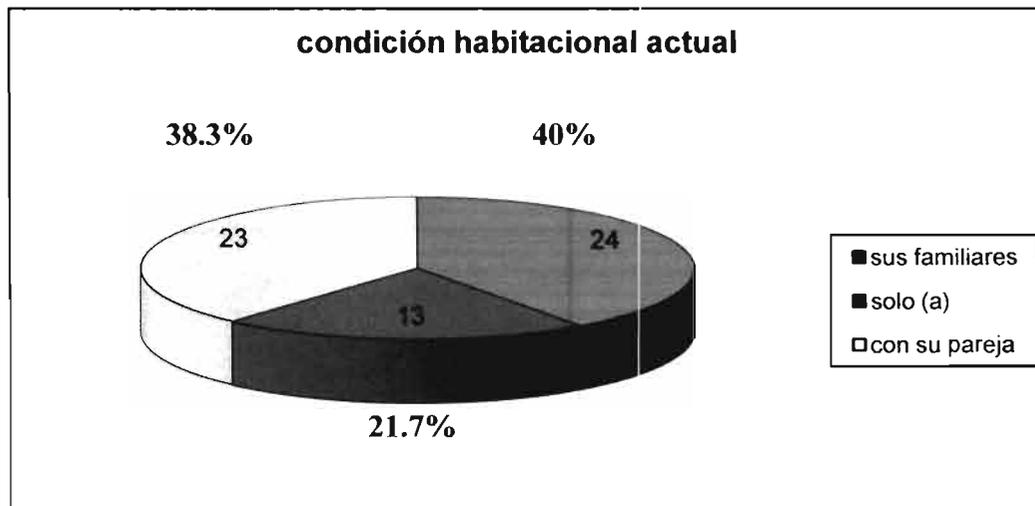


Figura 10. Condición habitacional actual, porcentaje.

Continuando con la condición social actual de los participantes otro de los datos obtenidos y que son de gran importancia son: si recibe **prestaciones de jubilación**, si tiene seguro médico o de salud, de donde obtiene sus ingresos económicos y si los ingresos satisfacen sus necesidades básicas. En cuanto a las prestaciones de jubilación el 71.7% no recibe prestaciones, a diferencia del 28.3% que recibe una pensión.

Tabla 9. Frecuencia de prestaciones de jubilación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	17	28.3
	no	43	71.7
	Total	60	100.0

Gráficamente observamos que los participantes se encuentran lejos de obtener un ingreso adecuado y que esto repercute en su calidad de vida global.

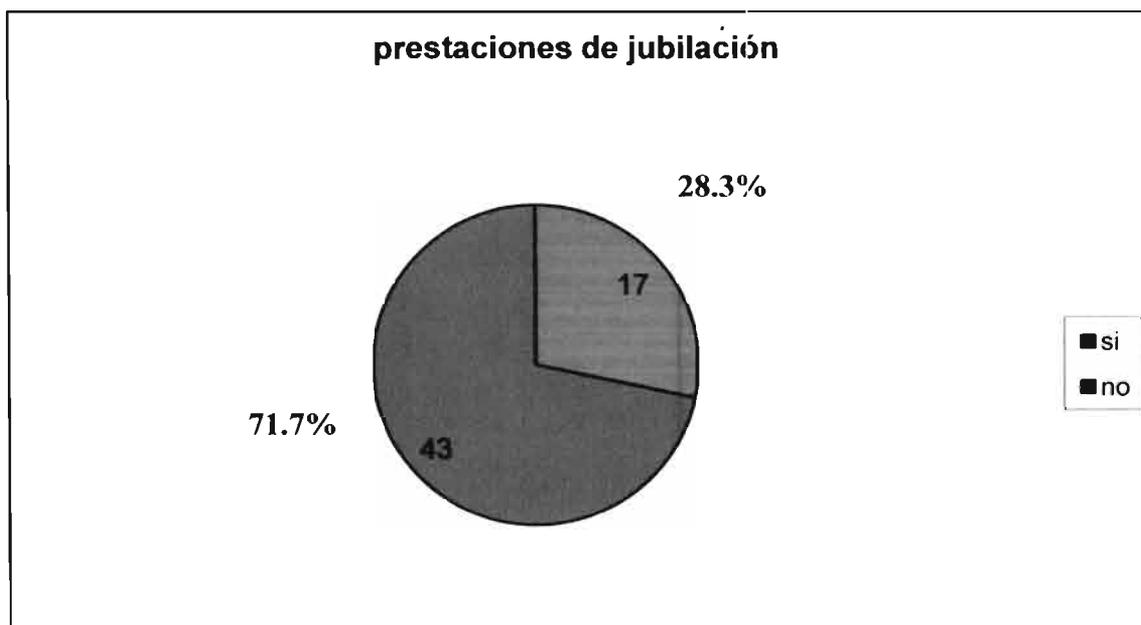


Figura 11. Distribución de las prestaciones de jubilación, porcentaje.

Se mencionaba anteriormente la importancia de **seguro médico o de salud**, encontramos entre los participantes el 53% lo tiene y el 46.7% no cuenta con el.

Tabla 10. Frecuencia de los participantes que poseen o no seguro médico o de salud

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	32	53.3
	no	28	46.7
	Total	60	100.0

Gráficamente la cantidad de los que tienen un seguro médico o de salud es homogénea casi en su totalidad con los que no poseen dicha protección.

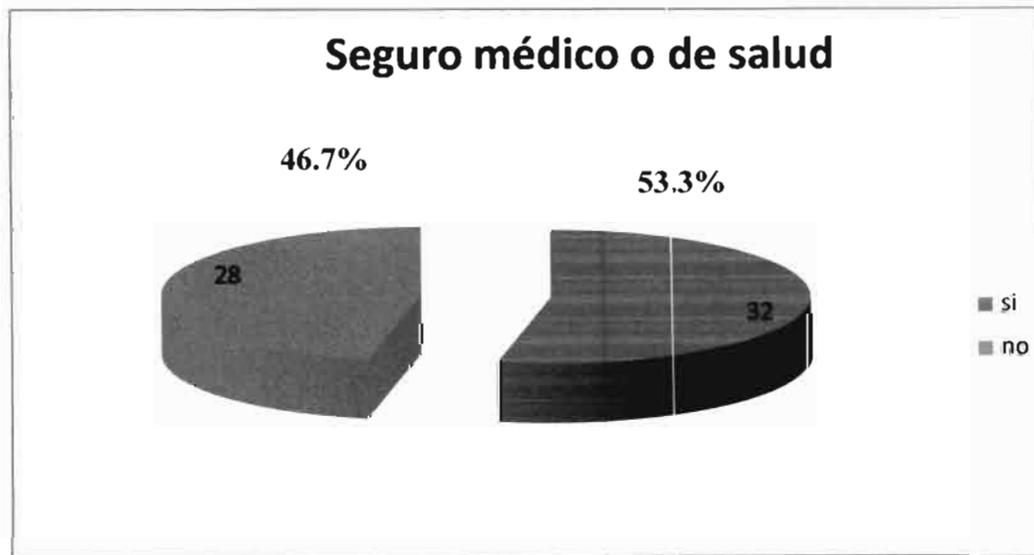


Figura 12. Frecuencia en la cantidad de participantes con seguro médico o de salud.

Los **ingresos económicos** de los participantes el 43.3% (26) son obtenidos de su familia lo contrario del 10% (6) que son obtenidos de sus ahorros y/o trabajo actual, se desglosa ampliamente en la siguiente tabla.

Tabla 11. Frecuencia de ingresos económicos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	su familia	26	43.3
	programa sociales	12	20.0
	su jubilación	16	26.7
	sus ahorros o trabajo actual	6	10.0
	Total	60	100.0

Los porcentajes de cada una de las frecuencias anteriores se representan gráficamente, siendo una limitación tanto para sus gastos básicos y para otros consumos de tipo personal:

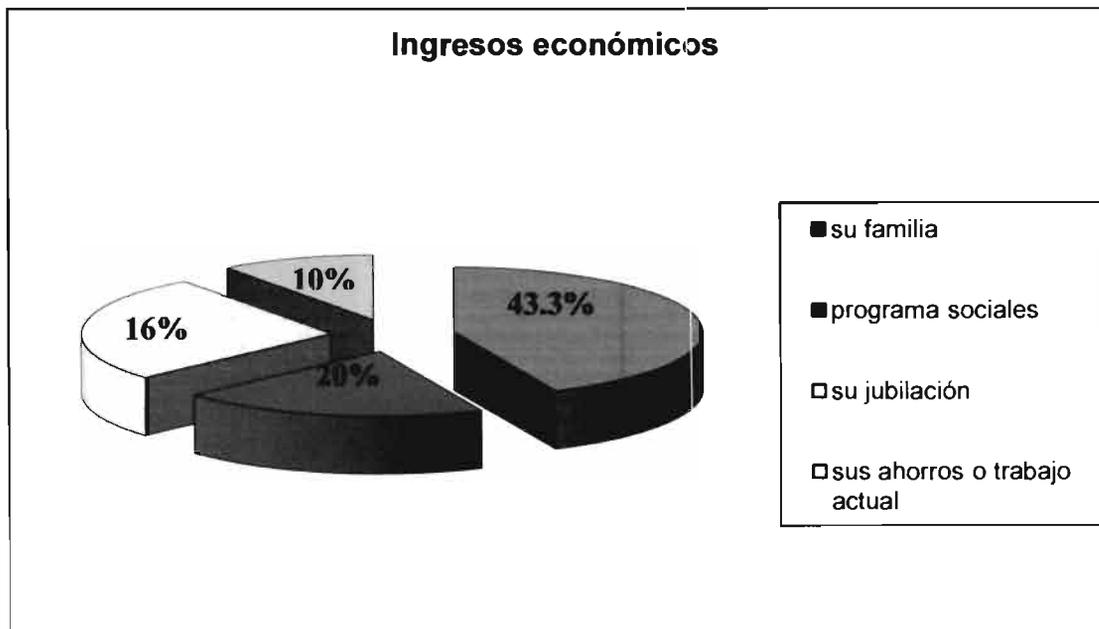


Figura 13. Porcentajes de donde reciben sus ingresos económicos los participantes.

Con los datos anteriores consideramos de importancia saber si los ingresos **satisfacen las necesidades básicas** de los participantes, obteniendo que el 81.7% menciona que no satisfacen las necesidades básicas, el 18.3% comento que si son satisfechas.

Tabla 12. Frecuencia en la satisfacción de necesidades básicas.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	11	18.3
	no	49	81.7
	Total	60	100.0

La figura 14 nos muestra el mayor grado en porcentajes de insatisfacción en las necesidades básicas de los participantes, solo 11 participantes refieren que con sus ingresos si satisfacen sus necesidades básicas. 49 individuos refieren que no son satisfechas sus necesidades básicas.

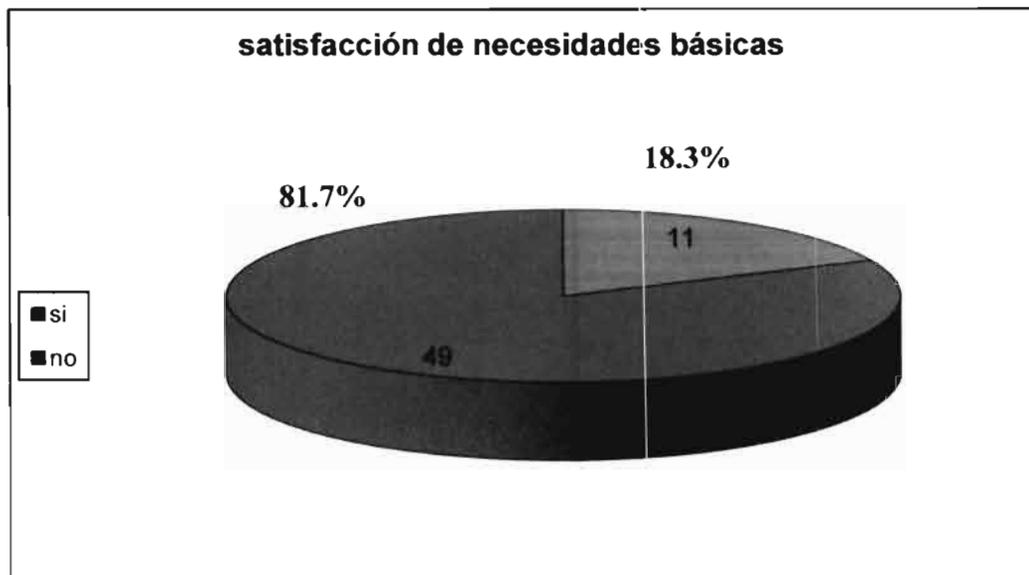


Figura 14. Ingresos que satisfacen las necesidades básicas, porcentaje.

Con respecto a la influencia de **mitos** que limitan la sexualidad en esta etapa, el 45% (27) refiere que ocasionalmente los mitos influyen de manera negativa en su sexualidad, siguiéndole también con alto porcentaje del 26.7% (16) que respondieron que casi siempre influyen y, un 8.3% comentó que siempre son influenciados negativamente.

Tabla 13. Frecuencia de mitos que influyen en la sexualidad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	siempre	5	8.3
	casi siempre	16	26.7
	ocasionalmente	27	45.0
	casi nunca	5	8.3
	nunca	7	11.7
	Total	60	100.0

En cuanto al porcentaje de la influencia de los mitos negativamente en la sexualidad de nuestros participantes se grafica de la siguiente forma:

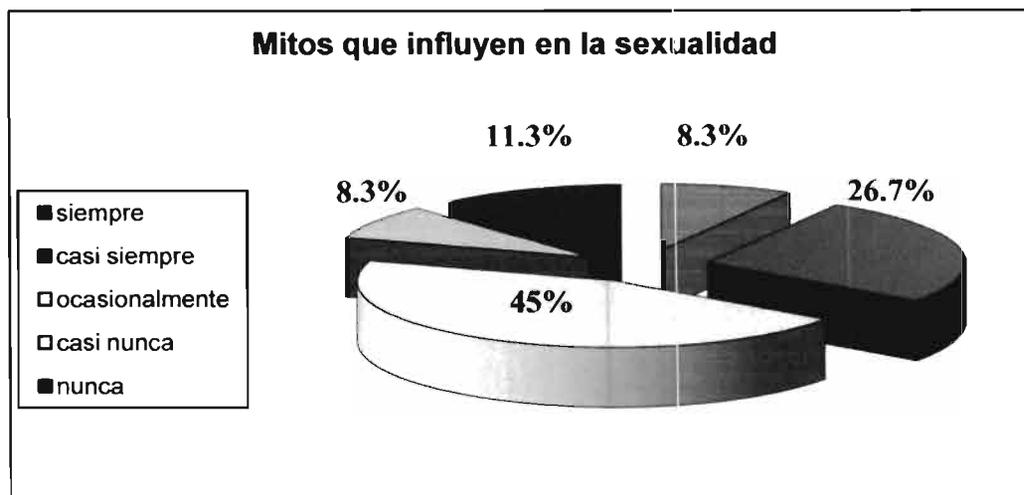


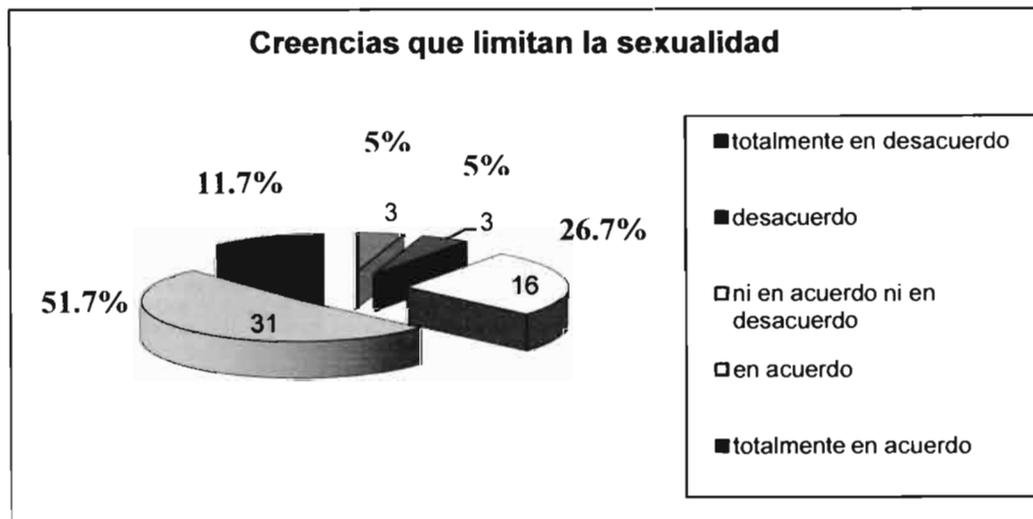
Figura 15. Influencia de los mitos en la sexualidad, porcentaje.

En las **creencias** generales que limitan el desarrollo pleno de la sexualidad en esta etapa, el 51.7% refiere que están en acuerdo que tienen ciertas creencias negativas que influyen, siguiéndole el 26.7% que refirieron que se encuentran ni en acuerdo ni en desacuerdo sobre las creencias negativas, el porcentaje mas bajo de los participantes fue del 5% que comento estar totalmente en desacuerdo de poseer creencias que les limiten el desarrollo pleno de su sexualidad.

*Tabla 14. Frecuencia de creencias que limitan el desarrollo pleno de la sexualidad.*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	totalmente en desacuerdo	3	5.0
	desacuerdo	3	5.0
	ni en acuerdo ni en desacuerdo	16	26.7
	en acuerdo	31	51.7
	totalmente en acuerdo	7	11.7
	Total	60	100.0

En la siguiente figura podemos observar un alto porcentaje de los participantes que tienen creencias que limitan el desarrollo pleno de su sexualidad.



*Figura 16. Creencias que limitan el desarrollo pleno de la sexualidad, porcentaje.*

Hay que recordar que la sociedad es un objeto de dimensiones macrosociales; y las familias y los grupos del que esta formada, integran un conjunto muy extendido, por lo cual es necesario valorar a la unidad socialmente elemental que es la familia, por medio de la **evaluación familiar**, con la finalidad de ver la situación funcional de sus familias, por medio del Apgar Familiar el cual arrojó que 23 de los participantes tienen una disfunción familiar severa, 17 arrojaron disfunción familiar moderada y 20 participantes con buena función familiar.

Tabla 15. Evaluación familiar, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	disfunción familiar severa	23	38.3
	disfunción familiar moderada	17	28.3
	buena función familiar	20	33.3
	Total	60	100.0

Gráficamente expresamos los datos anteriores, por medio de porcentajes donde encontramos que, el 38% revela disfunción familiar severa, el 33% aparece con buena función familiar, y en menor porcentaje con el 28.3% con disfunción familiar moderada.

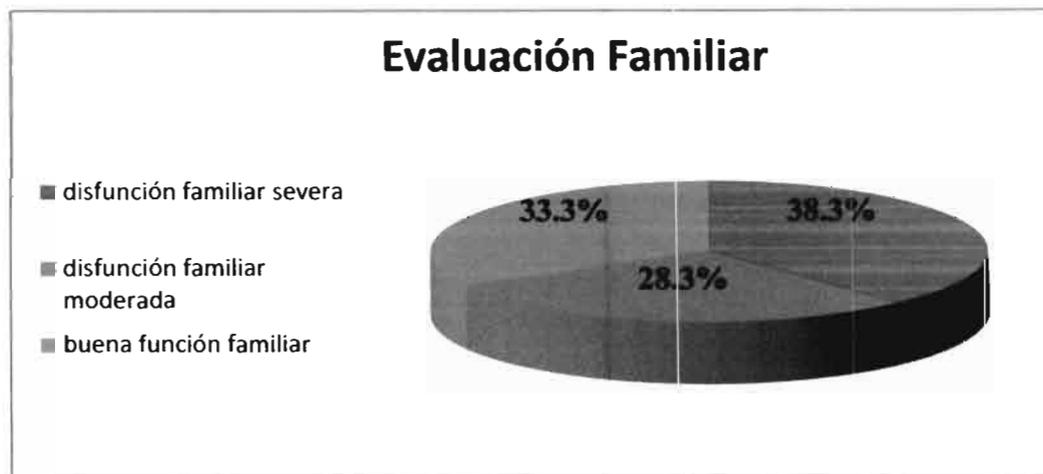


Figura 17. Evaluación familiar, porcentaje.

Hablando del sistema familiar sabemos que este se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, por lo cual es importante mencionar la evaluación del **subsistema conyugal** abordando las principales funciones que debe llevar acabo dicho subsistema identificamos que el 38% se encuentra sin pareja, el 26.7% con disfunción moderada, en menor grado con el 15% con una evaluación severamente disfuncional.

Tabla 16. Evaluación del subsistema conyugal, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Pareja severamente disfuncional	9	15.0
	Pareja con disfunción moderada	16	26.7
	Pareja funcional	12	20.0
	sin paeja	23	38.3
	Total	60	100.0

De manera grafica los porcentajes de distribución se observan así:

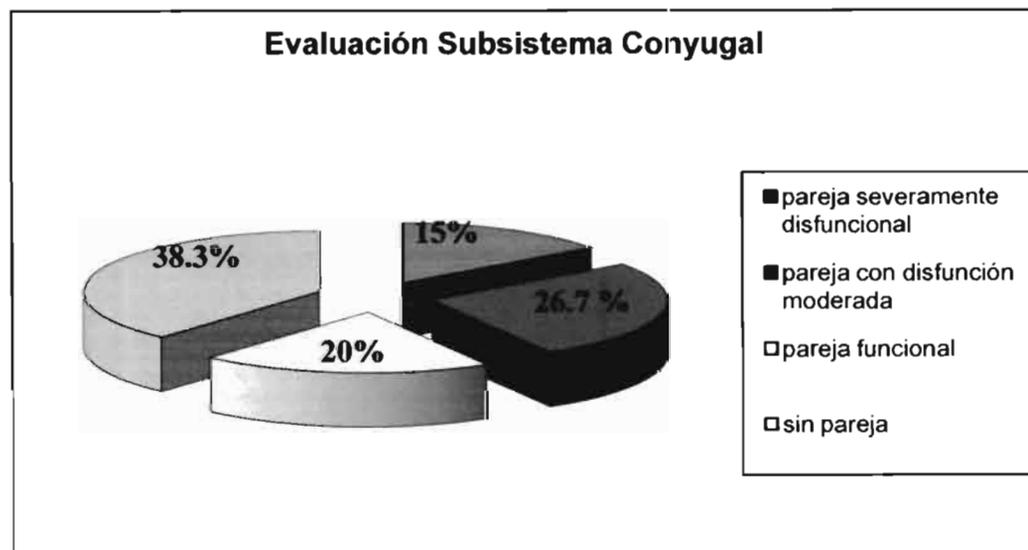


Figura 18. Subsistema conyugal porcentaje.

La **integración social** o sentirse parte de la comunidad, sentirse que se pertenece a ella, apoyado y que se comparten cosas en común con el colectivo encontrando una frecuencia de 32 participantes con una alta integración y 28 participantes con baja integración social.

Tabla 17. Frecuencia de integración social.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alta integración	32	53.3
	baja integración	28	46.7
	Total	60	100.0

La relación con el entorno social facilita la satisfacción de las necesidades de apego, afiliación y pertenencia, observando gráficamente los porcentajes nos damos cuenta que el 53.3% de los participantes se encuentra en una alta integración social mientras que el 46.7% con una baja integración con el entorno.

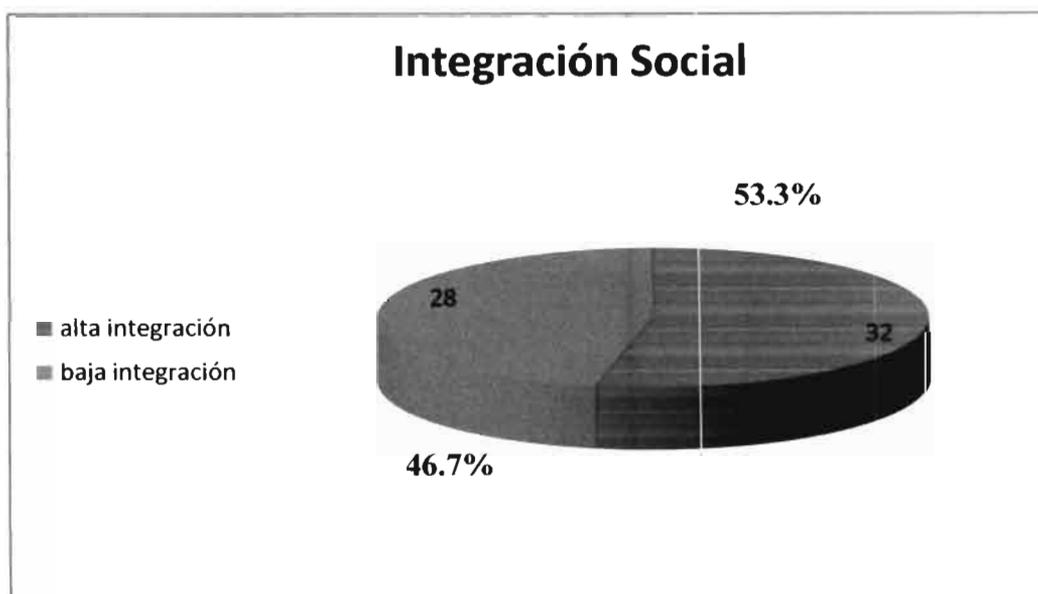


Figura 19. Integración social, porcentaje.

La aceptación social o que la persona tiene una actitud positiva hacia los otros en general aunque a veces la conducta sea compleja o incomprensible encontramos entre nuestros participantes que, 43 de ellos tienen baja aceptación social, mientras que 17 participantes tienen una alta actitud positiva hacia los demás.

Tabla 18. Aceptación social, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alta aceptación	17	28.3
	baja aceptación	43	71.7
	Total	60	100.0

La **aceptación social** también se asocia a percibir que las relaciones con otros permiten auto-aceptarse y obtener auto-estima por lo que gráficamente podemos exponer que el 71.7% tienen una baja aceptación y el 28.3% una alta aceptación social.

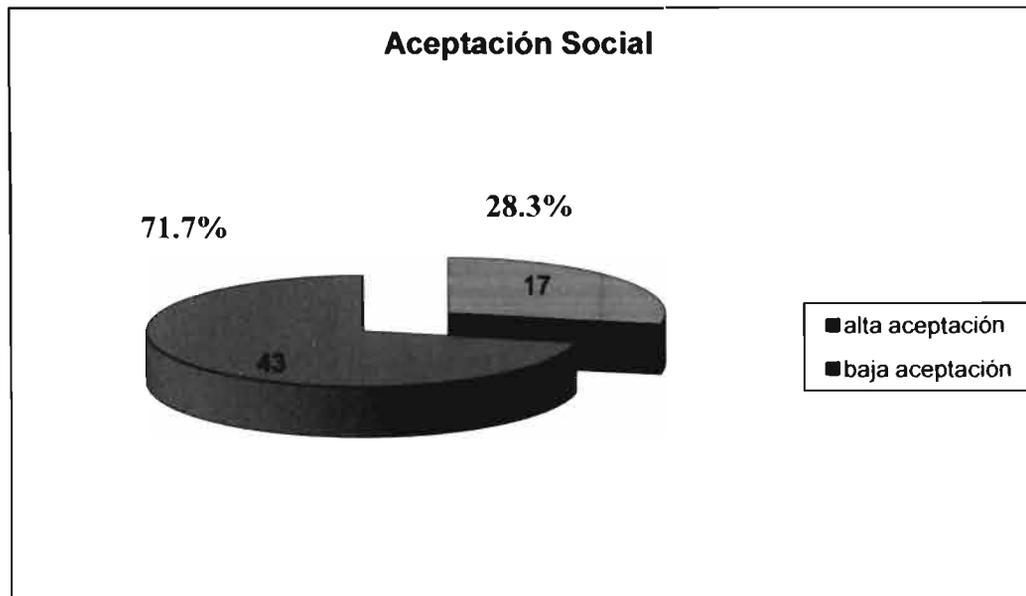


Figura 20. Aceptación social, porcentaje.

**La contribución social** o sentimiento de tener algo positivo que dar a la sociedad y que las actividades de la persona son valoradas, lo que facilita la motivación y propósito en la vida encontramos que 44 de nuestros participantes perciben poseer una baja contribución social, mientras que 16 perciben que manifiestan una alta contribución con el entorno social.

Tabla 19. Contribución social, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alta contribución	16	26.7
	baja contribución	44	73.3
	Total	60	100.0

La contribución percibe que la relación con el entorno social facilita el tener metas y propósitos en la vida por lo que manifestamos gráficamente que el 73.3% concluye con una baja contribución y el 26.7% con una alta contribución social.

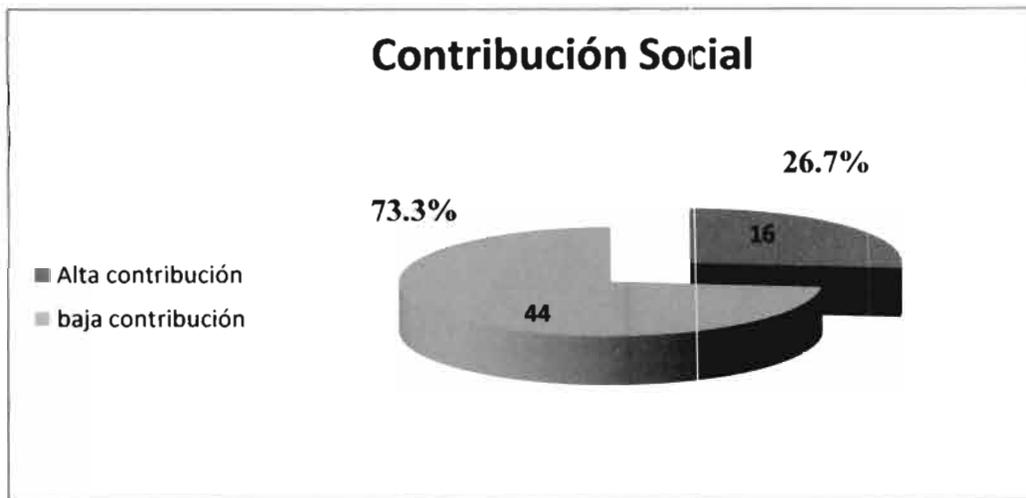


Figura 21. Contribución social, porcentaje

La **actualización social** o creer que el mundo social se desarrolla o puede desarrollarse para mejor es la segunda dimensión, encontramos que 44 de nuestros participantes tienen una baja actualización, mientras que los otros 16 expresan una alta actualización social.

Tabla 20. Actualización social, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alta actualización	16	26.7
	baja actualización	44	73.3
	Total	60	100.0

La actualización social se asocia a percibir que el entorno permite el crecimiento personal, por lo cual graficándolo se expresa que un 73.3% tiene una baja actualización y el 26.7% una alta actualización social.

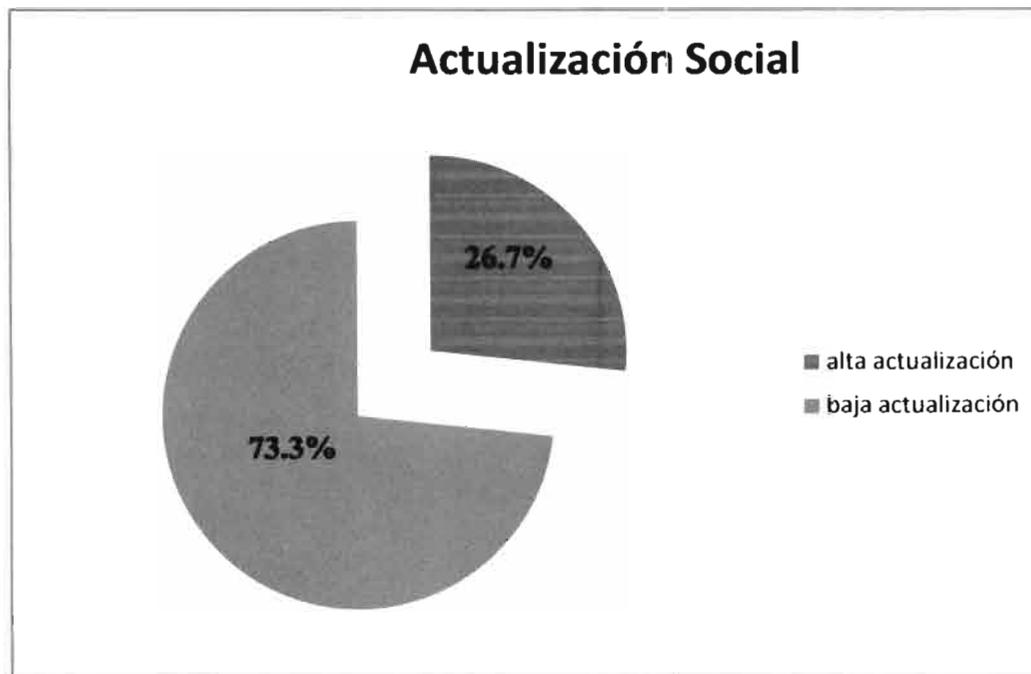


Figura 22. Actualización social, porcentaje.

La **coherencia social** o creencia que el mundo es predecible, inteligible y lógico, y por ende controlable, así como el preocuparse y estar interesado en la comunidad 44 de los participantes poseen una baja coherencia social y 16 tienen una alta coherencia social.

Tabla 21. Coherencia social, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alta coherencia	16	26.7
	baja coherencia	44	73.3
	Total	60	100.0

La coherencia social percibe que la relación con el entorno social facilita el manejar y dominar el medio, por lo gráficamente el 73.3% de los participantes se les observa una baja coherencia social y el 26.7% con una alta coherencia.

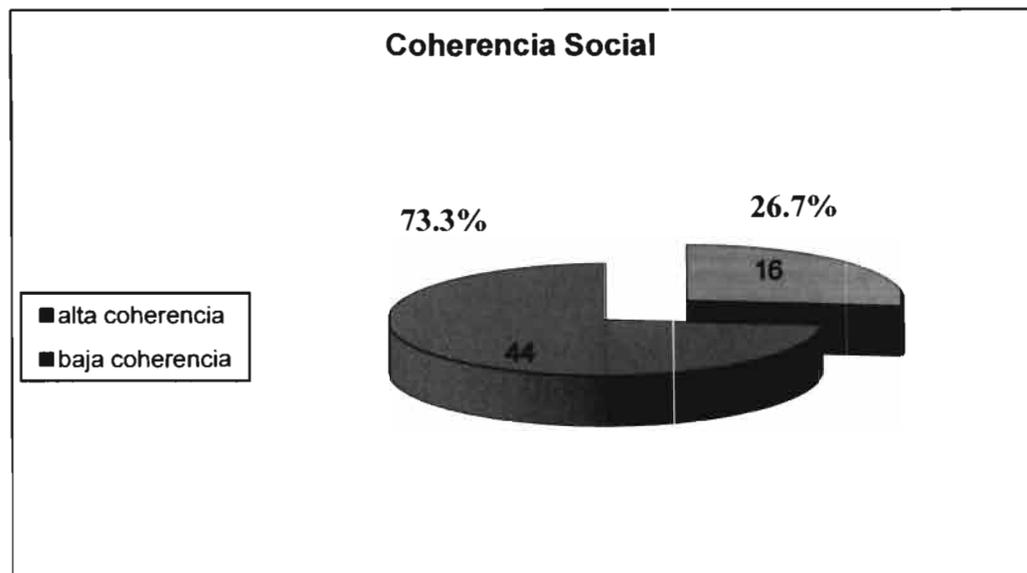


Figura 23. Coherencia social, porcentaje.

FACTORES PSICOLOGICOS:

La presencia o ausencia de relaciones íntimas sobre todo eróticas o amorosas en los adultos mayores traen consigo **sentimientos de culpa**, encontrando que 26 de nuestros participantes sienten ocasionalmente culpabilidad respecto a sus deseos sexuales, 8 participantes manifiestan que nunca han sentido culpa por sus deseos, mientras que 1 individuo expresa que siempre siente culpabilidad respecto a sus deseos sexuales.

Tabla 22. Frecuencia de sentimientos de culpa.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Siempre	1	1.7
	casi siempre	7	11.7
	ocasionalmente	26	43.3
	casi nunca	18	30.0
	Nunca	8	13.3
	Total	60	100.0

El porcentaje de las frecuencias de sentimientos de culpabilidad respecto a sus deseos sexuales se representan en forma esquemática en la siguiente grafica:

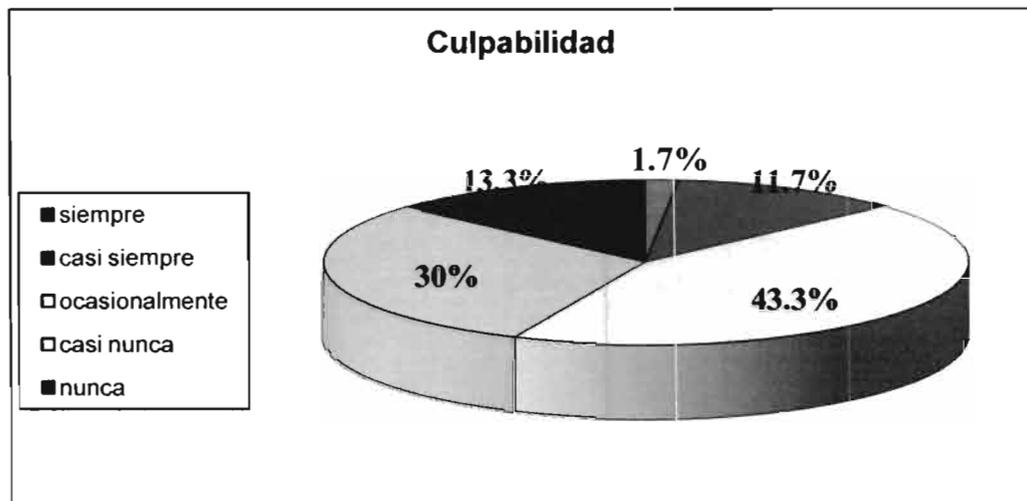


Figura 24. Culpabilidad respecto a sus deseos sexuales, porcentaje.

Es necesario determinar el grado de **ansiedad** que esta problemática trae a las personas de la tercera edad, encontrando una frecuencia de 22 participantes con ansiedad leve, 21 con ansiedad moderada, encontrando a 8 individuos sin ansiedad o remisión clínica.

Tabla 23. Frecuencia de ansiedad en la edad geriátrica.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ansiedad grave	9	15.0
	ansiedad moderada	21	35.0
	ansiedad leve	22	36.7
	sin ansiedad o remisión clínica	8	13.3
	Total	60	100.0

Los porcentajes de cada una de las frecuencias de grados de ansiedad esta gráficamente representados, con el 36.7% en ansiedad leve, 35% con ansiedad moderada y en menor porcentaje con el 13.3% sin ansiedad o remisión de los síntomas.

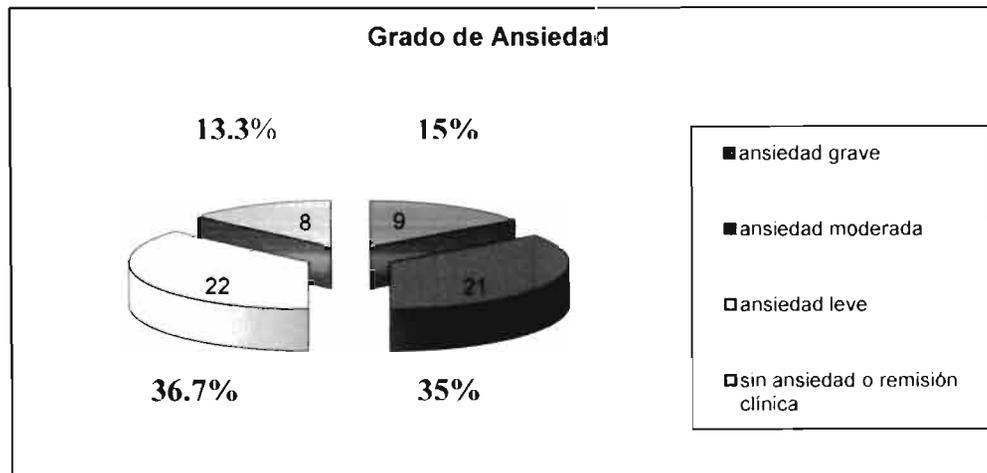


Figura 25. Grado de ansiedad, porcentaje.

Es preciso determinar también el grado de **depresión** de los participantes, encontrando el 61.7% (37) con depresión leve, el 18.3% (11) con depresión establecida como se desglosa en la siguiente tabla.

Tabla 24. Frecuencia de depresión.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	depresión establecida	11	18.3
	depresión leve	37	61.7
	sin depresión o normal	12	20.0
	Total	60	100.0

Representados de manera gráfica los porcentajes obtenidos se observan de la siguiente manera:

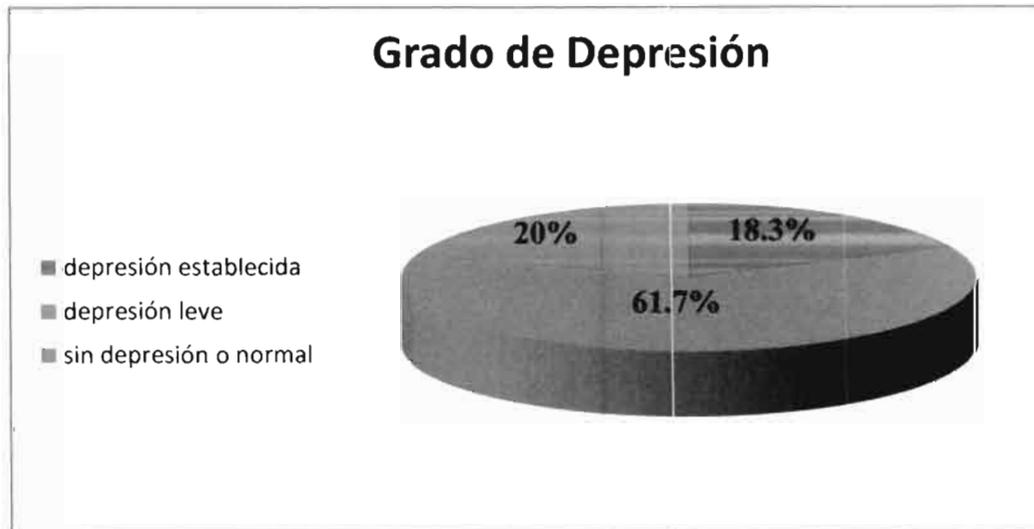


Figura 26. Grado de depresión, porcentaje.

La **Auto-aceptación** o actitud positiva hacia el yo, asociado a la auto-estima y conocimiento de si, se encuentra en los participantes en una frecuencia del 70% (42) con baja auto-aceptación y el 30% (18) con alta auto-aceptación.

Tabla 25. Frecuencia de auto-aceptación.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alta autoaceptación	18	30.0
	baja autoaceptación	42	70.0
	Total	60	100.0

Grafica estimando el porcentaje de auto-aceptación, en los 60 participantes:

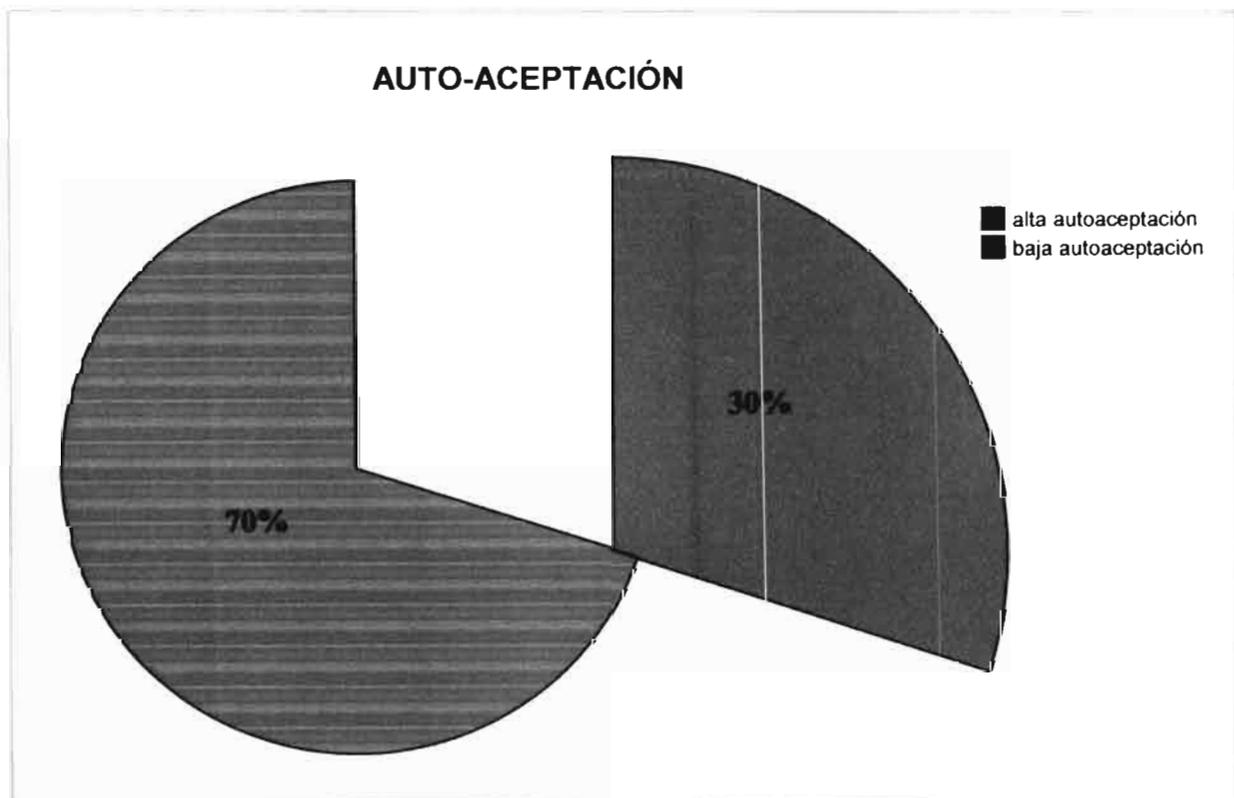


Figura 27. Auto-aceptación, porcentaje

**Relaciones positivas** con otros o la creencia que se tienen, relaciones de confianza, cálidas, de empatía y de intimidad con otros ("La gente puede describirme como una persona que comparte, dispuesta a compartir su tiempo con otras"), encontrando 44 participantes con bajas relaciones positivas y 16 con altas relaciones adecuadas.

Tabla 26. Frecuencia de Relaciones Positivas.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	altas relaciones positivas	16	26.7
	bajas relaciones positivas	44	73.3
	Total	60	100.0

Las relaciones positivas nos dan la necesidad de pertenencia o relaciones de amistad y sociales. Las relaciones positivas bajas con otros se asocian a la soledad social y en nuestros participantes encontramos que el 73.3% tiene baja relaciones positivas y el 26.7% con altas relaciones positivas.

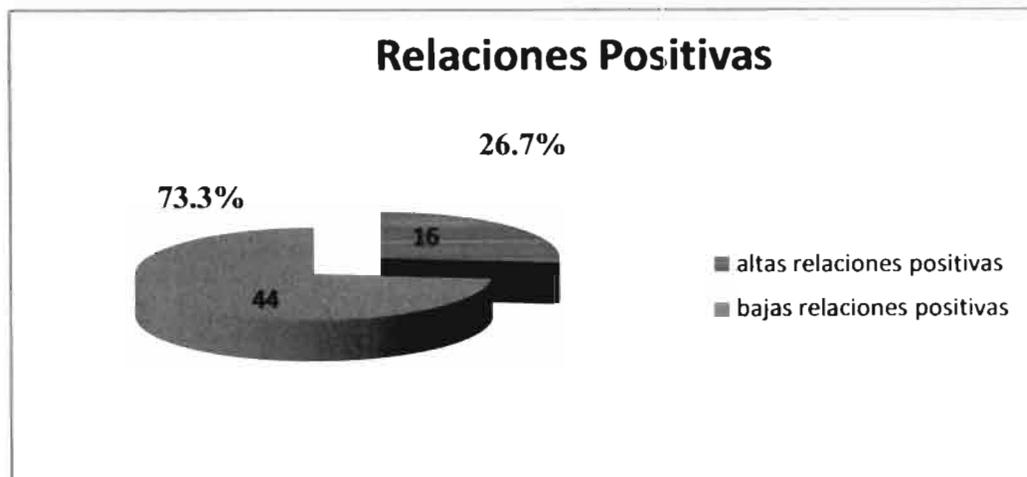


Figura 28. Relaciones positivas, porcentaje.

La **autonomía** con la capacidad de regular la conducta por normas internas y ser capaz de resistir a la presión social se estimó en los participantes con una frecuencia de 56 con baja autonomía y 4 de ellos con alta autonomía, como se registra en la tabla 27.

Tabla 27. Frecuencia de autonomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alta autonomía	4	6.7
	baja autonomía	56	93.3
	Total	60	100.0

El porcentaje de cada una de las frecuencias de autonomía está gráficamente representado, el 93% tienen baja autonomía, es decir incapacidad de ser independiente, y el 6.7% se evaluó con alta autonomía.

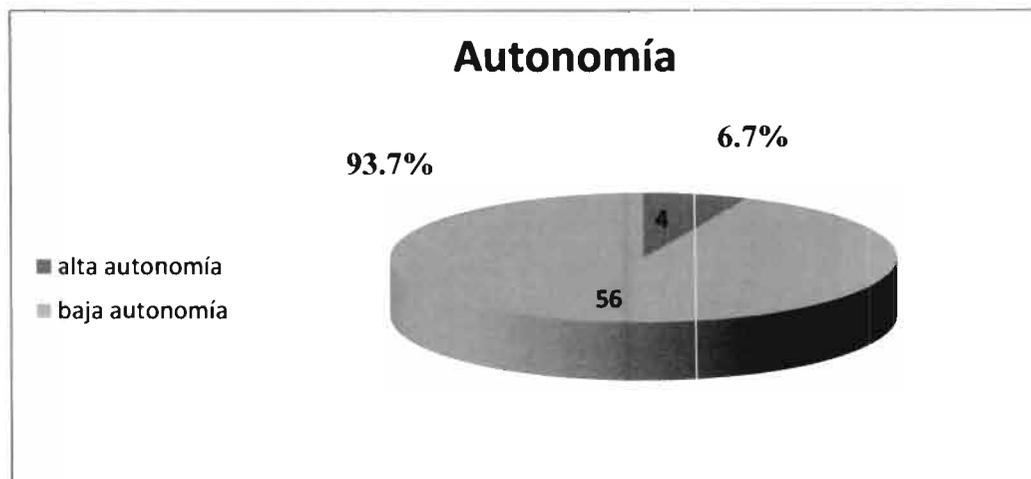


Tabla 29. Porcentaje de autonomía.

Control o **dominio del medio** (“Creo que soy bueno manejando las responsabilidades cotidianas”) asociado al locus de control interno y a la alta auto-eficacia, encontrando en los participantes un 95% (57) con bajo dominio del entorno, el 5% (3) con alto dominio del medio.

Tabla 28. Dominio del entorno, frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alto dominio del entorno	3	5.0
	Bajo dominio del entorno	57	95.0
	Total	60	100.0

El porcentaje de las frecuencias se representa de forma esquemática en la siguiente grafica:

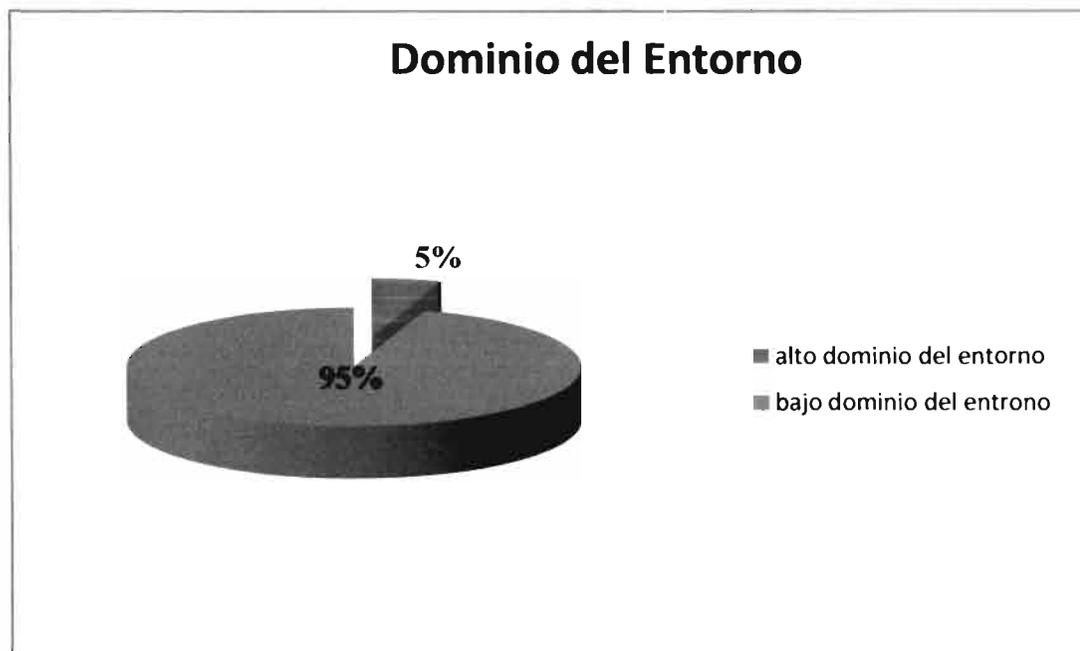


Figura 30. Dominio del entorno, porcentaje.

El crecimiento o **desarrollo personal** asociado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona, se evaluó en los participantes encontrando que el 95% (57) tiene un bajo crecimiento personal y el 5% (3) con alto crecimiento.

Tabla 29. Frecuencia de crecimiento personal

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	alto crecimiento personal	3	5.0
	bajo crecimiento personal	57	95.0
	Total	60	100.0

Gráficamente observamos criterios privados de evaluación de un mal funcionamiento psicológico por un bajo crecimiento personal:

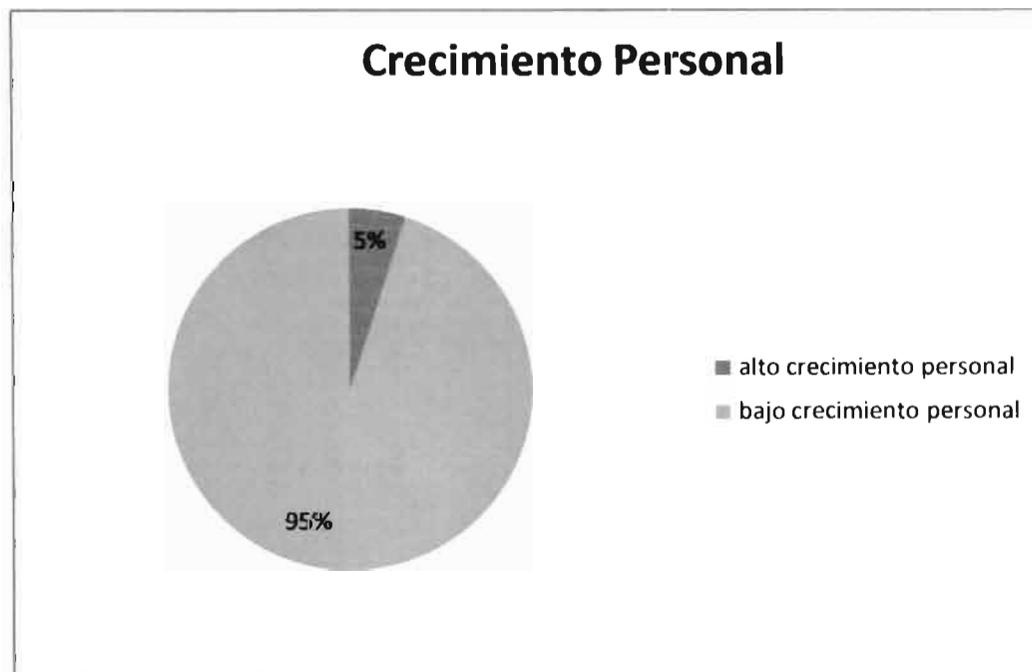


Figura 31. Crecimiento personal, porcentaje.

**Propósito en la vida** o tener metas y sensación de una dirección en la vida, asociado a la motivación para actuar y desarrollarse, se encontró en nuestros participantes un 98.3% (59) con bajo propósito de vida y el 1.7% (1) con alto propósito de vida.

*Tabla 30. Frecuencia de propósito de vida.*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alto propósito en la vida	1	1.7
	bajo propósito en la vida	59	98.3
	Total	60	100.0

El tener metas en la vida es parte del bienestar psicológico y correlacionan con alto afecto positivo, satisfacción con la vida y bajo afecto negativo y depresión, gráficamente manifestamos el bajo propósito con la vida de la siguiente forma:



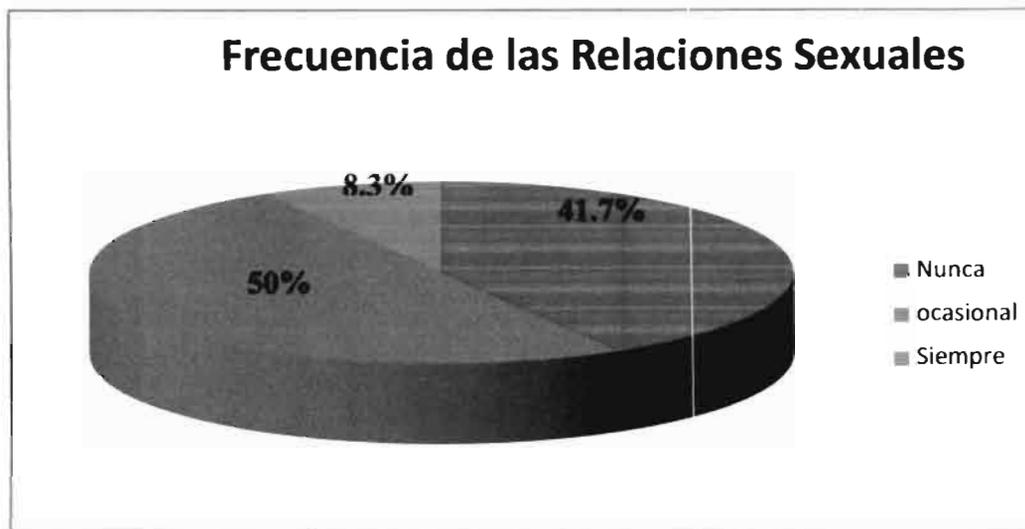
*Tabla 32. Propósito de vida, porcentaje.*

La práctica sexual resulta completamente natural, pero aun así la sexualidad no ha recibido en absoluto una explicación satisfactoria y es posible que no la reciba jamás, por lo cual al evaluar el rubro de la sexualidad entre los participantes en cuanto a la satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales encontramos que el 50% refiere ser de manera ocasional, 41.7% nunca ha tenido satisfacción en la frecuencia y el 8.3% siempre han tenido satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales.

*Tabla 31. Satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	25	41.7
	ocasional	30	50.0
	Siempre	5	8.3
	Total	60	100.0

Representando los porcentajes como se puede observar en el gráfico:



*Tabla 33. Satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales, porcentaje.*

Entre los participantes también se valoró la calidad de la actividad sexual, encontrando que el 45% (27) nunca han tenido satisfacción en la calidad de la actividad sexual, el 13.3% refiere que siempre ha tenido satisfacción en la calidad de la actividad sexual.

Tabla 32. Satisfacción en la calidad de la actividad sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nunca	27	45.0
	ocasional	25	41.7
	siempre	8	13.3
	Total	60	100.0

Sus resultados son representados gráficamente, advertimos una mala calidad de actividad sexual con los porcentajes que arrojaron las encuestas.

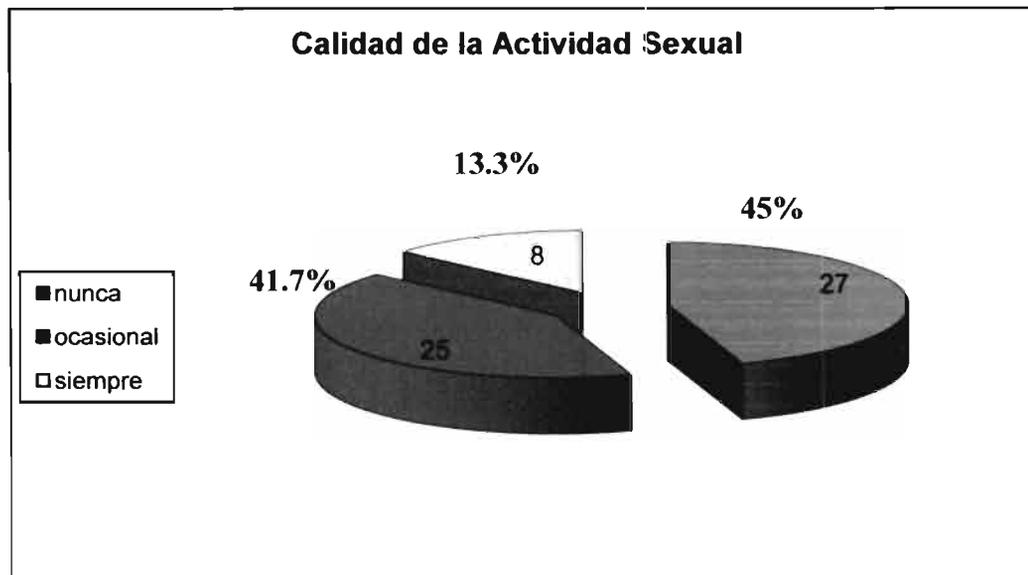


Figura 34. Satisfacción en la calidad de la actividad sexual, porcentaje.

La palabra sexual no se limita únicamente al aparato genital si no hay que entender que " El ejercicio de la sexualidad es la posibilidad de expresar sentimientos de ternura dentro de una relación interpersonal en la que el aspecto más relevante es la intimidad y la comunicación a nivel corporal", a nuestros participantes se les evaluó globalmente su satisfacción sexual en el último mes, encontrando el 36.7% totalmente ausente, un 16.7% marcadamente disminuida y un 3.3% con una satisfacción global sexual más de lo normal.

Tabla 33. Satisfacción sexual global en el último mes

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	más de lo normal	2	3.3
	Normal	11	18.3
	minimamente disminuida	7	11.7
	Moderadamente disminuida	8	13.3
	marcadamente disminuida	10	16.7
	totalmente ausente	22	36.7
	Total	60	100.0

En la siguiente grafica podemos determinar de manera objetiva las frecuencias de distribución por medio de porcentajes, de la satisfacción sexual global en el último mes:

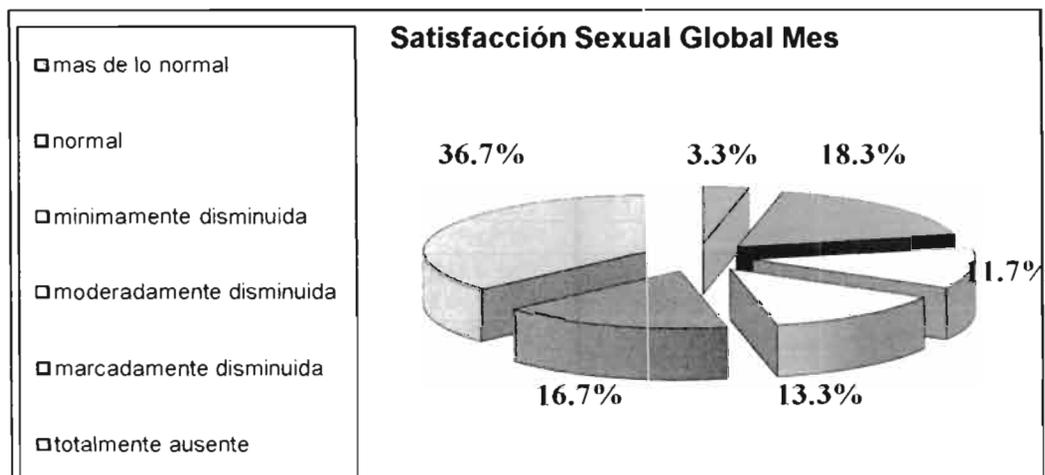


Figura 35. Satisfacción sexual global en el último mes, porcentaje.

En la tabla 34 se resume la información de la muestra, con su medida de centralización para las variables continuas, y se obtuvo sumando todos los valores muestrales y dividiendos por el tamaño muestral; así como la desviación típica cuantificando su dispersión o variabilidad.

	Media	Desviación típica	N
Edad	2.38	1.303	60
Genero	1.52	.504	60
Escivil	2.53	1.599	60
escolandad	2.18	1.172	60
jubilado	1.70	.462	60
salud	2.82	.596	60
religión	1.33	.795	60
Crerel	1.57	.500	60
mitos	2.88	1.075	60
creencias	3.60	.942	60
culpabilidad	3.42	.926	60
condhabact	1.98	.892	60
prestajubi	1.72	.454	60
seguro	1.47	.503	60
ingreso	3.60	1.509	60
insanebasi	1.82	.390	60
apgarfami	1.95	.852	60
evaluconyu	2.82	1.112	60
dependencia	4.35	.515	60
ansiedad	2.48	.911	60
depresión	2.05	.675	60
integrasocial	1.47	.503	60
aceptasocial	1.72	.454	60
contrisocial	1.73	.446	60
actualisocial	1.73	.446	60
cohesocial	1.73	.446	60
autoacepta	1.70	.462	60
relaciónposit	1.73	.446	60
autonomía	1.93	.252	60
dominioentor	1.95	.220	60
crecipersol	1.95	.220	60
proposivida	1.98	.129	60
satisfrecsex	1.67	.629	60
satiscaissex	1.68	.701	60
satissexmes	4.32	1.652	60

*Tabla 34: Estadísticos Descriptivos*

A continuación se muestra el análisis de la varianza, determinando si las diferencias que existen entre las medias son estadísticamente significativas

Tabla 35. Análisis de varianza

		gl	F	Sig.
Edad	Inter-grupos	5	6.459	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
Genero	Inter-grupos	5	4.346	.002
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
Escivil	Inter-grupos	5	18.349	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
escolaridad	Inter-grupos	5	4.011	.004
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
jubilado	Inter-grupos	5	1.892	.111
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
salud	Inter-grupos	5	2.606	.035
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
religión	Inter-grupos	5	1.125	.359
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
Crerel	Inter-grupos	5	2.479	.043
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
mitos	Inter-grupos	5	6.865	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
creencias	Inter-grupos	5	7.860	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		



Tabla 35. Continuación análisis de varianza.

		gl	F	Sig.
culpabilidad	Inter-grupos	5	2.136	.075
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
condhabact	Inter-grupos	5	2.733	.028
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
prestajubi	Inter-grupos	5	2.073	.083
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
seguro	Inter-grupos	5	3.003	.018
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
ingreso	Inter-grupos	5	2.749	.028
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
insanebasi	Inter-grupos	5	.574	.719
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
apgarfami	Inter-grupos	5	.729	.605
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
evaluconyu	Inter-grupos	5	11.265	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
dependencia	Inter-grupos	5	5.678	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
ansiedad	Inter-grupos	5	4.303	.002
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
depresión	Inter-grupos	5	1.545	.191
	Intra-grupos	54		
	Total	59		

Tabla. 35  
Análisis varianza

		gl	F	Sig.
integrasocial	Inter-grupos	5	3.122	.015
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
aceptasocial	Inter-grupos	5	3.448	.009
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
contrisocial	Inter-grupos	5	2.052	.086
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
actualisocial	Inter-grupos	5	3.286	.012
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
cohesocial	Inter-grupos	5	3.503	.008
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
autoacepta	Inter-grupos	5	3.627	.007
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
relaciónposit	Inter-grupos	5	2.356	.053
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
autonomía	Inter-grupos	5	3.455	.009
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
dominioentor	Inter-grupos	5	2.837	.024
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
crecipersol	Inter-grupos	5	25.110	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
proposivida	Inter-grupos	5	10.440	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
satiscaisex	Inter-grupos	5	20.753	.000
	Intra-grupos	54		
	Total	59		
satisfrecsex	Inter-grupos	5	15.847	.000

**Tabla 36: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	Sig.
Edad	2.838	5	.024
Genero	8.973	5	.000
Escivil	5.717	5	.000
escolaridad	.984	5	.436
Jubilado	1.877	5	.114
Salud	2.776	5	.026
Religión	3.860	5	.005
Crerel	3.566	5	.007
Mitos	1.997	5	.094
Creencias	2.810	5	.025
culpabilidad	2.472	5	.043
condhabact	3.076	5	.016
prestajubi	1.560	5	.187
Seguro	4.571	5	.002
Ingreso	1.359	5	.254
insanebasi	1.581	5	.181
apgarfami	2.223	5	.065
evaluconyu	.810	5	.548
dependencia	3.857	5	.005
Ansiedad	.810	5	.548
Depresión	1.656	5	.161
integrasocial	4.569	5	.002
aceptasocial	7.429	5	.000
contrisocial	7.786	5	.000
actualisocial	10.836	5	.000
cohesocial	13.519	5	.000
autoacepta	5.094	5	.001
relaciónposit	8.942	5	.000
autonomía	18.766	5	.000
dominioentor	9.637	5	.000
crecipersol	9.158	5	.000
proposivida	9.637	5	.001
satiscaisex	10.512	5	.000
satisfrecsex	2.049	5	.086

En la tabla anterior se obtiene la prueba estadística para comparar las varianzas, es el estadístico de contraste del ANOVA.

Tabla37. Correlación expresando la concordancia entre dos variables:

VARIABLE	VARIABLES DE CORRELACION	SIGNIFICANCIA
EDAD	Estado civil, Mitos, Dependencia Física, integración social, aceptación social, satisfacción en la calidad de la actividad sexual, satisfacción sexual global en el mes.	.000
ESTADO CIVIL	Edad, Evaluación conyugal, dependencia física, coherencia social, satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales, calidad en las relaciones sexuales, satisfacción sexual global en el mes.	.000
ESCOLARIDAD	Ingreso, Contribución Social, Auto-aceptación, crecimiento personal.	.000
JUBILADO	Prestaciones de jubilación, seguro médico, Ingresos.	.000
CREENCIAS RELIGIOSAS	Mitos, Actualización Social.	.000
MITOS	Edad, creencias religiosas, creencias, actualización social, satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales, satisfacción en la calidad sexual, satisfacción sexual global mes.	.000
ACEPTACION SOCIAL	Edad, evaluación familiar, integración social, auto-aceptación, relaciones positivas	.000
AUTOACEPTACION	Escolaridad, ansiedad, depresión integración social frecuencias en las relaciones sexuales, satisfacción sexual global mes.	.000

Expresamos la concordancia entre dos variables, según el sentido de la relación de estas en términos de aumento o disminución.

## V. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en el presente estudio se comprueba la hipótesis formulada para la investigación, "Los factores sociales son la principal causa de una vida sexual limitada en la vejez: mientras que los factores psicológicos y físicos no afectan en gran medida".

Realizamos una observación la cual es de importancia, que del número de muestra obtenido, se realizó la invitación a 154 personas, en la consulta externa de medicina familiar e integrada, aceptando tan solo 60 a participar, el resto que se negó se infiere por causas socioculturales (tabú).

Encontramos que la mayoría de los ancianos participantes se encuentran en edades comprendidas entre los 60 y 74 años, predominando el sexo femenino. En ambos sexos predominan los que tienen pareja estable, seguidos de la viudez, siendo esta más representativa en el sexo femenino.<sup>14</sup> El mayor número de los participantes no son jubilados, lo cual constituye una desventaja para establecer situaciones de socialización.

Una situación de desventaja como pudimos observar es que, la mayoría de los participantes conviven con familias clasificadas como extensas o semiextensas, lo cual impide la privacidad y el goce de la intimidad. En cuanto al funcionamiento de las familias se reveló que existe un predominio de las familias con alteraciones en la dinámica, lo que da como consecuencia mal soporte familiar y carencia de apoyo en aspectos afectivos. En su mayoría los ancianos participantes clasificaron sus relaciones afectivas de bienestar psicosocial como inadecuadas.

Más de la mitad de los ancianos de la muestra refirieron no tener relaciones sexuales de calidad, y manifestaron con relación a la frecuencia, que

estas sólo se producen de manera ocasional. La opinión predominante sobre la satisfacción sexual de manera global fue expresada como: marcadamente disminuida hasta ausente. Atribuido a un deficiente subsistema conyugal. Seguramente la satisfacción adecuada de gran parte de sus necesidades es vivida, por muchos/as ancianos, con cierta intranquilidad.

También desde el punto de vista socioeconómico y, en términos generales, hay un claro acuerdo en que la gran mayoría de las pensiones actuales, son insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Además benefician fundamentalmente a los varones ya que una buena parte de las mujeres se dedican al hogar.

Sin embargo no vamos a hablar de estas necesidades, si no de otras menos *materiales* aunque la gran mayoría de ellas comparten, tal vez, un tratamiento poco adecuado en el sentido de no estar satisfechas de modo satisfactorio: nos referimos a las necesidades de carácter afectivo-sexual. No obstante parece evidente que cuestiones como la salud, el tiempo libre o la tranquilidad ante el futuro tienen mucho que ver con los aspectos económicos y también con las oportunidades de relaciones afectivo-sexuales. La escasez económica se convierte muchas veces en la causa profunda de sus angustias, inseguridades y sufrimientos.

Es indiscutible que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades, algunas de ellas son fundamentales para poder vivir y es preciso satisfacerlas. Otras lo son para desarrollarnos y crecer como personas, de ahí que el mundo de los afectos podríamos incluirlo en este grupo.

Podríamos citar en primer lugar que el hecho de vivir en sociedad y establecer relaciones con los demás, implica inevitablemente una serie de necesidades sociales. Necesitamos, unas personas más que otras pero todas en definitiva, disponer de una

red de gente, amigos, compañeras, con las que comunicarnos, evitando el aislamiento y la soledad.

También, en segundo lugar, tenemos necesidades de intimidad, de contacto físico, de sentir placer y sentirnos bien: tocar, abrazar, besar...etc., contribuyendo a que nos sintamos emocionalmente bien. La dimensión sexual puede contribuir a satisfacer esta necesidad, ni más ni menos importante que otras. El sexo, pues, tiene una dimensión personal, pero sobre todo lo característico es su proyección social y de relación humana.

Por tanto una de las necesidades que nos permiten crecer y desarrollarnos como personas, es la sexualidad y la sexualidad, como se ha dicho, no significa en modo alguno únicamente el coito. Pero hay otras muchas necesidades. Requerimos, por ejemplo, que nos quieran, que nos valoren, que aprueben nuestra forma de actuar. Sentirnos importantes y útiles. Tener compañía. Compartir proyectos o inquietudes. *Nuestra estabilidad familiar y/o conyugal o como personas requiere que nos sintamos seguros emocionalmente. Es decir, tener personas que nos quieran y estimen sin condiciones y que esos vínculos tengan en alguna medida vocación de futuro.*

A la luz de los conocimientos actuales tenemos que decir que el ser humano es ante todo un ser social y que, desde muy antiguo y en todas las sociedades conocidas, se ha observado una tendencia generalizada a iniciar y mantener interacciones íntimas con otras personas, dependiendo claro está de diferentes variables como la edad, el sexo...etc.

Nos encontramos inmersos en un modelo social y económico neocapitalista, exacerbadamente consumista, obsesionado por conseguir la máxima productividad al menor costo posible y, a decir verdad, algo fariseo cuando se abordan las cuestiones de índole sexual. La productividad es la medida del valor de la persona y

dado que los viejos ya no producen, pierden valor e interés y, consecuentemente pierden poder. Envejecer se asocia a perder valor social, ya que el ideal de belleza está dirigido al modelo juvenil dominante.

Bajo este modelo hay a quienes les resulta difícil aceptar que las personas mayores tengan necesidades de carácter sexual y afectivo. Y esta actitud ante la sexualidad puede tener relación con la actitud social que todavía algunos sectores tienen con ellas, podemos darnos cuenta de que en general las sociedades promueven este modelo raquítrico, estimulado por un discurso social que considera a las personas mayores como asexuadas

Las personas mayores asumen ese papel que se les asigna, desde todos los flancos, y lo cumplen porque es lo que se espera de ellos/as. Si se considera que no pueden, no deben, no saben hacer, pensar, decir.... terminan convencidos de que, en efecto, es así y terminan por abandonar la su practica sexual.

En muchos de nuestros mayores, una idea se repite hasta casi provocar desasosiego en su cuerpo: la productividad social. En efecto, se dicen así mismos, vivimos en una sociedad extremadamente competitiva donde la productividad adquiere una importancia exagerada. Desde la mal llamada tercera edad, se comprueba que las inversiones se hacen cuando hay rentabilidad y beneficios. Las personas mayores ya han producido y ya han dado sus beneficios.

La sociedad no suele cuidar a sus mayores al contrario abandonarlos en sentimientos crónicos de vacío, generando problemas de ansiedad , depresión aumentando en gran medida los trastornos del afecto, tal vez la soledad afectiva sea uno de los problemas de salud, más generalizados y de efectos devastadores en los países supuestamente desarrollados. Este hecho es más importante si cabe cuando, desde la Psicología de la vejez, se acepta que las personas mayores tengan fundamentalmente las mismas necesidades afectivas y de relación que cualquier otra

en un periodo de la vida diferente. Sin embargo, muy a menudo, los propios ancianos son conscientes de que estas necesidades las tienen insuficientemente satisfechas, y que la consideración social que se tiene hacia ellos, es bien distinta que las que se tiene hacia los jóvenes.

Otra problemática social es el vivir con los familiares o en instituciones después de la muerte o separación del cónyuge supone una importante pérdida de intimidad. Los hijos/as, sobre todo cuando viven en la misma casa, no suelen tener actitudes favorables a que el padre o la madre puedan tener un compañero/a ocasional. Entre otras se han señalado las siguientes razones: considerarlo moralmente inapropiado, creencia de que así se evitan conflictos de pareja, temor a perder la herencia, comodidad para no tener complicaciones.....cuando en realidad les resulta difícil plantearse el hecho contrario, es decir que en esa situación de pérdida y soledad es probable que necesiten más ayuda y apoyo afectivo.

Por último hay que tener en cuenta que entonces son los factores sociales la primordial causa para no tener una vida sexual plena en esta etapa de la vida

## **DISCUSIÓN**

La revisión en la literatura de varias investigaciones epidemiológicas confirman que la actividad sexual existe en los ancianos y muchas veces es la norma más que la excepción, pero también la mayoría de estos estudios realizados tienen limitaciones en su diseño, ya que la mayor parte de estos solo, se enfocan a investigar el comportamiento sexual, cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez, frecuencia coital, posiciones utilizadas, disminución gradual de la frecuencia de conductas sexuales, disminución del interés sexual y disfunciones sexuales olvidando estudiar a la persona de manera integrada

Refiriéndome al modelo biopsicosocial de tal manera que nos permita entender la integración e interacciones de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud, la enfermedad y el mismo cuidado del adulto mayor en la esfera de su salud.

Es preciso un nuevo modelo de sexualidad en la vejez, más respetuoso con las necesidades y derechos de las personas mayores, fundamentado en los avances científicos y menos en creencias atávicas. Porque, a decir verdad, hay ciertas condiciones propias de la sexualidad de esta etapa que pueden enriquecer aun más si cabe la experiencia sexual. Entre otros destacaríamos como factores internos: mejores condiciones ecológicas, nivel de vida, y una progresiva mejora en la valoración de la sexualidad a estas edades; y como factores más externos: los cambios en los roles y una mayor flexibilización en los mismos, en particular en los hombres, menor necesidad de eyacular y mayor control eyaculatorio, mayor lentitud en la excitación mayor interés por el contacto corporal.

El crecimiento acelerado que ha tenido la población mayor de 60 años a nivel mundial, está provocando cambios en los sistemas y servicios relacionados con ese grupo de personas. En el caso de la sexualidad, las investigaciones realizadas en otros países, demuestran que un elevado por ciento de nuestros ancianos y ancianas se mantienen sexualmente activos hasta edades muy avanzadas de la vida. Sin embargo, en nuestro país persisten los prejuicios.

Este estudio y la experiencia clínica muestran que, la ausencia de vínculos, puede ir asociada a sufrimiento en el entorno sociocultural, familiar, conyugal, relacionales diversos y a problemas psicológicos como se ha mencionado anteriormente depresión, angustia, ansiedad, dando como resultado sentimientos crónicos de vacío y soledad. Vivir en soledad entraña serios riesgos para la salud. Algunas personas mayores se ven obligadas a prescindir de relaciones humanas o a restringirlas al ámbito familiar, lo que provoca sentimientos de soledad y genera lazos de dependencia muy fuertes.

Cabe señalar que los datos que aquí se presentan no pueden ser concluyentes de la población en general, ya que las poblaciones tienen características culturales diferentes y especiales, sin embargo, coincidimos con otros autores sobre la necesidad imperante de analizar las actitudes hacia la vejez y la sexualidad por sus implicaciones en la calidad de vida. Sobre todo pensando en el acelerado crecimiento de la población anciana en las próximas dos décadas.

## **VII. UNA PROPUESTA DE TRABAJO**

1. organizar cursos específicos para los propios ancianos que, además de los conocimientos que se le ofrezcan acerca de los cambios biológicos y psicológicos que acontecen en esos momentos, se reconozcan a sí mismos/as como sujetos sexuados, con necesidades afectivas y sexuales y se les dote de habilidades de relación, en un plan de trabajo que incluya las actitudes y los modelos de conducta tal y como hemos dicho líneas atrás.
2. Educación desde la infancia que es donde inicia la entrada de falsas creencias, o mala información que la mayoría de las veces es obtenida fuera del ámbito familiar, ya que la familiar por vergüenza o también porque fueron formados de la misma manera no abordan temas por ser tabú o ignoran como abordarlos.
3. Educación con énfasis en que una vida sexual activa y satisfactoria en la vejez es un buen síntoma de salud y bienestar. El impedir o coartar esta capacidad no hace sino aumentar el sufrimiento y la soledad a las que ya de por sí, nuestra sociedad competitiva tiende a condenar a las personas mayores, acelerando el proceso de envejecimiento y acercándoles a la muerte.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

<sup>1</sup> Costa M. Alexis "sexualidad y Tercera edad", Boletín Informativo sobre los factores psicosociales influyentes en la vida sexual, volumen único. Doc pdf recuperado 7 abril 08.

<sup>2</sup> Stacy Tessler Landau, Med., HAPP, L. Philip Schumm, M:A, Edward Lemann, PhD, Wendy Levinson, M.D., Colm A. O Muircheartaigh, PhD, and Linda J. Waite, PhD. "A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. **Revista New England MED 2007**, 357: 762-74. Recuperado 7 abril 08. [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

<sup>3</sup> Agronin Marc E. M.D. "Addressing Sexuality and Sexual Dysfunction", Geriatric Times 2005, Vol. II Issue 1.

<sup>4</sup> Asin Cardiel Enrique Dr. Cuadrado Mangos Carmen Dra. De la Fuente Pérez Pedro Dr. Said Ruiz Jerónimo Dr.; "Complicaciones Patológicas de la Menopausia", Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias octubre 1995, doc Pdf pág. 10 recuperado 070408.

<sup>5</sup> Ballone Geraldo J. "Sexo nos Idosos", Apéndice Brasileño de Salud 2001, Doc Pdf Recuperado 7 mayo 2008.

<sup>6</sup> Blasco Sonia, "PASIONES CLIMATERICAS" I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 13-CI-D: [23 pantallas]. Disponible en: [www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_d.htm) Email: [sonblasco@arnet.com.ar](mailto:sonblasco@arnet.com.ar) recuperado 5 03 08

<sup>7</sup> Marluz Gustavo, "Aproximación a la sociología de la Vejez", documento pdf; recuperado 09 abril08 [www.ineaargentina.com.ar/Lic%20Gustavo%20Maniluz%20APROXIMACION%20ALASOCIOLOG%20DELAVEJEZ](http://www.ineaargentina.com.ar/Lic%20Gustavo%20Maniluz%20APROXIMACION%20ALASOCIOLOG%20DELAVEJEZ)

<sup>8</sup> Rubio Arribas Francisco Javier, "El Cuerpo Angustiado: La Palabra de un Loco", Revista Nómadas Publicación núm. 94 Semanal; colegio de Historiadores y Antropólogos de San Luis Potosí, Méx. Documento Recuperado 2 feb 2008.

<sup>9</sup> Rubio Ramona, Manuel Aleixandre, José Luis Cabezas (2001), "Calidad de Vida y Diferencias en Función del Sexo", Rev.mult Gerontol 2001; 11 (4) 173-180. [www.nexusediciones.com/pdf/gero2001\\_4/g-11-4-006](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_4/g-11-4-006)

<sup>10</sup> Tuñón Amparo, "El acontecimiento Cultural y la Construcción de Mitos", Análisis 1990, artículo 13, pág. 27-41, doc PDF recuperado 130408.

<sup>11</sup> Ander Egg Ezequid, "Estudio-Investigación y diagnostico de la situación sociocultural", Argentina 1987, Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas e Hymanitas, Capitulo 1 pág. 13-40 Doc PDF recuperado el 19 abril 08.

<sup>12</sup> Sanabria, J.R. "La Norma de Moralidad", En Ética México 2005, Editorial Porrúa pp. 85-93.

<sup>13</sup> Emilio Sala Arturo, "Y llovieron Viejos", Asociación de Filosofía Latinoamericana y Ciencias Sociales, doc Pdf recuperado 7 abril 08.

- <sup>14</sup> Díaz Noriega, Oscar (Diciembre. 2005). "Sexualidad después de los 60 años en Cuba". Doc. Pdf Recuperado 080308  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pr/cis/rcs/14/diaz14>
- <sup>15</sup> Peter Laurance J. Dr. Hull Raymond, "El Principio de Peter", obra sociocultural, Doc Pdf recuperado 7 abril 08.
- <sup>16</sup> Huerta González José Luís; "medicina familiar: la familia en el proceso salud y enfermedad"; Editorial Alfil, 1ª edición 2005; Pág. 27-47.
- <sup>17</sup> R. Burtier, "Psiquiatría y Psicología de la edad madura", tratado de psiquiatría, vol 2, editorial H. Kaplan, pagina 76-85.
- <sup>18</sup> Ballone Geraldo J. "Sexo nos Idosos", Apéndice Brasileño de Salud 2001, Doc Pdf Recuperado 7 mayo 2008.
- <sup>19</sup> Polanco Susana (2006), doc. "sexualidad en el anciano" publicado el 7agosto06, Recuperado 13marzo08. [www.almas.com.mx](http://www.almas.com.mx)
- <sup>20</sup> B. L. Neugarten, "Adaptation and the life cycle". Counseling Psychologist. Vol. 6, no 1, Pág. 16.
- <sup>21</sup> González Mero Alina, Rodríguez Rivera Lilliams, "Derribar los Mitos en la Tercera Edad. Un Reto para la Ética Medica", Geroinfo. Publicación bimestral filosófica de gerontología y Geriatria. Doc Pdf recuperado el 9 mayo 08.
- <sup>22</sup> Sanchez Garza Martin; Morales Prado Leticia; Sandoval Sanchez Roberto; Duran Hernandez; Suarez Lima, La importancia de la sexualidad en la tercera edad. (2009), [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com) Doc PDF recuperado 01 03 09
- <sup>23</sup> Fornós Esteve Montserrat (2000), el estereotipo social de la vejez. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 15-CI-G: [6 pantallas]. Recuperado 5marzo08. Disponible en: [www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13\\_ci\\_g.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm)
- <sup>24</sup> Bucay Jorge, "El Camino de las Lágrimas", editorial Océano, 3ª edición, pág. 209-222.
- <sup>25</sup> Viguera Virginia (2000), "Promoción de salud mental en los Adultos Mayores. Aprender a envejecer", I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 13-CI-A: [23pantallas]. Disponible en: [www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_a.htm)
- <sup>26</sup> Nieto Munuera Joaquín, Abad Mateo Mª. Ángeles, Torres Ortuño Ana. "Dimensiones Psicosociales Mediadoras de la conducta de enfermedad y la Calidad de Vida en Población geriátrica"; Universidad de Murcia España, Anales de Psicología 1998, Vol. 14, n1, pp75-81. doc PDF recuperado 190508.  
<http://www.redalyc.com>
- <sup>27</sup> Kaplan, Hellen Singler (1974) La Nueva Terapia Sexual. Alianza Editorial. Tomo I México Pág. 26.
- <sup>28</sup> Artola Silva Arcilla Ma. Dra. "Cambios Fisiologicos de la Sexualidad en la Tercera Edad", Doc Pdf recuperado 25 mayo 2008.

- <sup>29</sup> Martínez Pascual Beatriz, Alonso Valera Jesús Manuel (2000), "**Sexo** más allá de los 65 años". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 13-CI-E: [27 pantallas]. Recuperado 13 marzo 08 Disponible en: [www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13\\_ci\\_e.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_e.htm).
- <sup>30</sup> Alonso Schökel Luis "La Biblia de nuestro pueblo", ediciones mensajero (2006) libro de éxodo y levítico Pág. 156-229
- <sup>31</sup> Loreto Fernández Carmen (2006), "La sexualidad en la Vejez", Revista Índice publicada marzo 2006, vol. Único, págs. 14-16. Recuperada 05marzo08.
- <sup>32</sup> Barrios, David, (2005) En las alas del placer, Ed. Pax, México, Pág. 33.
- <sup>33</sup> Corvilan Salvador, A cano Sánchez. "psicología de la edad adulta y la vejez" editorial panamericana, págs.186-197.
- <sup>34</sup> Jones Allene, "Cambios Evolutivos ", Teorías Psicológicas, doc único, Págs. 1-19, doc PDF recuperado, 13 abril 2008.
- <sup>35</sup> Raymond C. Tallish, "Geriatric" Bracklehurt's, vol: 1 editorial Marban, pág 603-608.
- <sup>36</sup> Alonso Valera Jesús M, Pascual Beatriz, Díaz M<sup>a</sup>. Dolores, Calvo francés Fernando (2004), "Factores Bioiógicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos". Rev. Mult. Gerontol 2004 ,14 (3) 150-157 Recuperado 5 marzo 08 [www.nexusediciones.com/pdf/gero2004\\_3/g-14-3-004.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_3/g-14-3-004.pdf)
- <sup>37</sup> Jiménez Bustamante Edel Julieta, "la sexualidad en el adulto mayor": generalidades. Pdf recuperado 5 marzo08 [www.amssac.org/Biblioteca%20La%20sexualidad%20en%20el%20adulto](http://www.amssac.org/Biblioteca%20La%20sexualidad%20en%20el%20adulto).
- <sup>38</sup> Rubio Aureoles Eusebio (compilador) (1994) Antología de la Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. Grupo Editorial miguel Ángel Porrúa. México
- <sup>39</sup> Caso Rios Gregorio, Elvis José Flores (julio2003), "sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo". Artículo pdf recuperado 09 04 08. [ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog020\\_cayorios\\_pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog020_cayorios_pdf) [www.eclac.org/celade/noticias/noticias/3/12943/programa%20EPS9\\_51ica.pdf](http://www.eclac.org/celade/noticias/noticias/3/12943/programa%20EPS9_51ica.pdf)
- <sup>40</sup> Herrera p Adela (2003), "Sexualidad en la vejez mito o realidad". revchilobstetgineol2003, vol68, núm 2, pág. 150-162. Recuperado el 7marzo08. [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000200011&script=sci_arttext)
- <sup>41</sup> Reig Ferrer Abilio, Cabrero García Julio, Richart Martínez Miguel, "Comportamiento y Salud en la Vejez", Rev E; s/r Geriatr Gerontol/ 996; 3(I): 37- d4, Doc Pdf Recuperado 130508.
- <sup>42</sup> Karl Hortwrage, "La Vida Sexual", enciclopedia femenina, ediciones Nauta, s a , Barcelona España, Vol. 1 Págs 221-224
- <sup>43</sup> Félix E.F. Larocca, doc "la vejez y el sexo normal", recuperado 5 marzo 08. [www.cabinas.net/monografias/sexualidad/sexo\\_mas\\_alla\\_de\\_65\\_anos.doc](http://www.cabinas.net/monografias/sexualidad/sexo_mas_alla_de_65_anos.doc).

- <sup>44</sup> F. Cabello Santamaría, A. Mansukhant, K. Warner share, Sherry L. Willis; "longevidad: "tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida", 3a edición, Pearson. Capítulo 35-36.
- <sup>45</sup> Martínez Vernier Virginia "tiempo de Placer" y "notas breves sobre sexualidad en el adulto" doc pdf recuperado 7 abril 08. [www.sexvar.com.ar](http://www.sexvar.com.ar)
- <sup>46</sup> Carrasco Meza Victor Hugo (2000), Doc."Sexualidad" Recuperado 05 marzo 08. [www.saludalia.com/docs/salud/tu\\_salud](http://www.saludalia.com/docs/salud/tu_salud).
- <sup>47</sup> Sarmiento Brooks Gil Vicente, Pagola Leiva Javier (1999), "Sexualidad del Adulto Mayor" Rev. Sexología y sociedad 1999,5 (3), Págs. 29-32. Recuperada el 04/04/08 [http://bvs.sld.cu/revistas/ssoc/vol5\\_3\\_99/ssoc08399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ssoc/vol5_3_99/ssoc08399.htm)
- <sup>48</sup> Torres Zurita Marco, doc. "sexualidad en el anciano" recuperado 5 marzo 08.
- <sup>49</sup> Couso Seoane Clemente, Zamara Maribel, Purrón Iglesias I'iana, "la sexualidad después de los 65 años". Doc Pdf Recuperado 5marzo08. <http://red-am.com.ar/buscador/files/FAMIL008>.
- <sup>50</sup> Sánchez David Carlos, "Andropausia y Sexualidad en el Anciano", Med. Internista, profesor de las facultades medicina y odontología de la universidad del Bosque Colombia; doc. Recuperado el 05 marzo 08.
- <sup>51</sup> Mezzich Juan E, "La relevancia del diagnóstico y evaluación global-comprensiva para la salud sexual". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 26-CI-E: [30 pantallas]. Recuperado 8 marzo08  
Disponible en: [www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa26/conferencias/26\\_ci\\_e.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa26/conferencias/26_ci_e.htm)
- <sup>52</sup> Celis Banegas patricia; "Cuerpo y Edad": mimetismos, ambigüedades y contrastes a nivel generacional (ponencia) recuperada 7 04 08 en doc pdf. [www.redadultosmayores.com.ar/docs](http://www.redadultosmayores.com.ar/docs)
- <sup>53</sup> Calderón B. Alor A.; "Antropología Social"; ediciones oasis, 10ª edición; Págs. 59-62, 103-120.
- <sup>54</sup> Monroy Ríos Emilio, Doc. "Sexualidad en adultos mayores" "tercera edad" IMSS, recuperado 5 marzo 08 <http://www.dif.gob.mx/http://www.redadultosmayores.com.ar/>  
[http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS\\_SITIOS/IMSS\\_06/Institucion/DPM/Adulto+mayor.htm](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/Institucion/DPM/Adulto+mayor.htm)  
<http://www.equidad.df.gob.mx/adultos/http://www.inapam.gob.mx/>
- <sup>55</sup> Hales Robert E.M.D., M.B.A., Yudofsky Stuart C. M.D., Talbott John A. M.D., "DSM-IV" Tratado de Psiquiatría, The American Psychiatric Press, Editorial Masson, 3a edición, Vol. 1, pág. 739-752
- <sup>56</sup> Mulligan Thomas, "Cambios Físicos que afectan la sexualidad en la Vejez", Colombia Medica editorial año 1998/ vol. 29, num. 004, doc Pdf recuperado el 07 05 08.

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO "HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

Nombre del participante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_  
Nombre del médico \_\_\_\_\_

Nombre de la investigación a participar:

### **FACTORES FISICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES QUE LIMITAN UNA VIDA SEXUAL PLENA EN LA VEJEZ.**

Quienes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el médico explico el plan de la investigación propuesta y aclaró cada una de las preguntas y dudas que se generaron en torno al tema a investigar, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales de la persona a participar, individuales, sociales, físicos y psicológicos podemos cooperar en el estudio.

En forma complementaria se manifiesta también, que cumpliendo con la normatividad correspondiente, el médico explicó que los datos obtenidos en dicha investigación son totalmente confidenciales, nos hablo de el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización, de tal forma que otorgo mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo de asistencia

\_\_\_\_\_  
testigo de asistencia



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA

Este instrumento tiene como objetivo analizar algunos de los factores biopsicosociales que nos predicen los problemas de sexualidad en esta etapa de la vida.

Le pedimos su valiosa colaboración contestando con toda sinceridad posible a este cuestionario, es necesario señalar que no existen respuestas correctas e incorrectas. Lo único importante es su apreciación personal, la información que usted proporcione, será tratada con absoluta confidencialidad y solo para fines de investigación

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

FECHA DE ELABORACION: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

GENERO: MASCULINO  FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  UNION LIBRE  VIUDO  SEPARADO

ESCOLARIDAD: ANAFABETA  PRIMARIA  SECUNDARIA  BACHILLERATO

PROFESIONAL  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

¿ES USTED JUBILADO? SI  NO

¿SU SALUD ES?

MUY INSATISFACTORIA  1 INSATISFACTORIA  2 MEDIANAMENTE SATISFACTORIA  3

SATISFACTORIA  4 MUY SATISFACTORIA  5

RELIGION: \_\_\_\_\_

¿CREE USTED QUE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS LE LIMITA PARA EJERCER SUS SEXUALIDAD? SI  NO

¿CREE USTED QUE LOS MITOS INFLUYEN DE MANERA NEGATIVA EN SU SEXUALIDAD?  
SIEMPRE  CASI SIEMPRE  OCASIONALMENTE  CASI NUNCA  NUNCA

¿POSEE USTED CREENCIAS QUE LIMITEN EL DESARROLLO PLENO DE SU SEXUALIDAD?  
TOTALMENTE DE SACUERDO  DE ACUERDO  NI EN ACUERDO NI EN  
DESACUERDO  DESACUERDO  TOTALMENTE EN DESACUERDO

¿USTED SIENTE CULPABILIDAD RESPECTO A SUS DESEOS SEXUALES?

SIEMPRE  CASI SIEMPRE  OCASIONALMENTE  CASI NUNCA  NUNCA

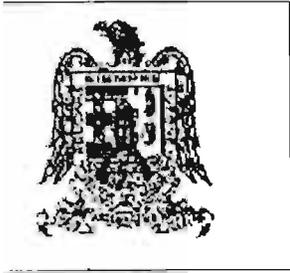
SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL:			
#	Preguntas	Respuestas	cód
1	Condición habitacional actual	Vive con sus familiares <input type="checkbox"/> 1 solo (a) <input type="checkbox"/> 2 con su pareja <input type="checkbox"/> 3	
2	¿Recibe prestaciones de jubilación? (pensión)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 2
3	¿Tiene seguro social (médico o de salud)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 2
4	¿De dónde recibe sus ingresos económicos? (Puede marcarse más de una opción)	no recibe ingresos <input type="checkbox"/> 1 su familia <input type="checkbox"/> 2 sus amigos <input type="checkbox"/> 3  programas sociales <input type="checkbox"/> 4 su jubilación <input type="checkbox"/> 5 sus ahorros de trabajo o <input type="checkbox"/> 6 empleo actual	
5	Nivel de ingresos. ¿Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?	Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	1 2

APGAR FAMILIAR	CASI SIEMPRE 3	ALGUNAS VECES 2	CASI NUNCA 1
<b>ADAPTABILIDAD:</b> ¿esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algun problema o pasa por alguna situación crítica?			
<b>PARTICIPACION:</b> ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
<b>CRECIMIENTO:</b> ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
<b>AFECTO:</b> ¿esta satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
<b>RESOLUCION:</b> ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES		NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. COMUNICACIÓN	a.- Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
	b.- La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
	c.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES	a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
	b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
	c. Se propicia el intercambio de roles entre pareja	0	2.5	5
III. SATISFACCIÓN SEXUAL	a. Es satisfactoria la frecuencia de la relaciones sexuales	0	5	10
	b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. AFECTO	a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
	b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
	c. Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
	d. Percibe que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. TOMA DE DECISIONES	a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

CALIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL	
0 A 40	Pareja severamente disfuncional
41 a 70	Pareja con disfunción moderada
71 a 100	Pareja funcional



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
HOSPITAL CENTRAL "DR IGNACIO MORONES PRIETO"  
DEPARTAMENTO DE GERIATRIA**



**INDICE DE BARTHEL PARA EVALUACIÓN FUNCIONAL**

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA COTIDIANA	PUNTOS
COMER	TOTALMENTE INDEPENDIENTE	10
	NECESITA AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
LAVARSE	INDEPENDIENTE. ENTRA Y SALE SOLO DEL BAÑO	5
	DEPENDIENTE	0
VESTIRSE	INDEPENDIENTE. CAPAZ DE PONERSE Y QUITARSE LA ROPA, ABOTONARSE Y ATARSE LOS ZAPATOS	10
	NECESITA AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
ARREGLARSE	INDEPENDIENTE. PARA LAVARSE LA CARA, LAS MANOS, PEINARSE AFEITARSE, MAQUILLARSE, ETC.	5
	DEPENDIENTE	0
EVACUACIONES	CONTINENTE	10
	OCASIONALMENTE ALGUN EPISODIO DE INCONTINENCIA O NECESITA AYUDA PARA ADMINISTRARSE SUPOSITARIOS O LAVATIVAS	5
	INCONTINENTE	0
MICCIONES *	CONTINENTE O ES CAPAZ DE CUIDARSE DE LA SONDA	10
	OCASIONALMENTE, MÁXIMO UN EPISODIO DE INCONTINENCIA EN 24 HORAS, NECESITA AYUDA PARA CUIDAR DE LA SONDA	5
	INCONTINENTE	0
USO DEL BAÑO	INDEPENDIENTE PARA IR AL BAÑO, QUITARSE Y PONERSE LA ROPA	10
	NECESITA AYUDA PARA IR AL BAÑO, PERO SE LIMPIA BIEN	5
	DEPENDIENTE	0
TRASLADARSE	INDEPENDIENTE PARA IR DEL SILLÓN A LA SALA	15
	MINIMA AYUDA FISICA O SUPERVISIÓN	10
	GRAN AYUDA PERO ES CAPAZ DE MANTENERSE SENTADO SIN AYUDA	5
	DEPENDIENTE	0
DEAMBULAR	INDEPENDIENTE, CAMINA SOLO 50 METROS	15
	NECESITA AYUDA FISICA O SUPERVISIÓN PARA CAMINAR 50 METROS	10
	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS	5
	DEPENDIENTE	0
ESCALONES	INDEPENDIENTE PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	10
	NECESITA AYUDA FISICA O SUPERVISIÓN	5
	DEPENDIENTE	0
*VALORAR LAS SEMANA PREVIA		PUNTUACIÓN TOTAL

PUNTUACIÓN  
< 20  
20-35

GRADO DE DEPENDENCIA  
TOTAL  
GRAVE

NOMBRE DEL PACIENTE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8.3.3. Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH)

Por favor, responda a todas las preguntas marcando con un círculo la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted la más adecuada en su caso (considere como «normal» el periodo previo de su vida cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual)

a) ¿Como ha estado su interés sexual durante el último mes?

1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente

b) ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?

1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuida	Moderadamente disminuida	Marcadamente disminuida	Totalmente ausente

c) ¿Como ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?

1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuida	Moderadamente disminuida	Marcadamente disminuida	Totalmente ausente

d) (Para hombres solamente) ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?

1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuida	Moderadamente disminuida	Marcadamente disminuida	Totalmente ausente

e) ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?

1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuida	Moderadamente disminuida	Marcadamente disminuida	Totalmente ausente

# Escala de Ansiedad Clínica (Clinical Anxiety Scale, CAS)

La CAS es un instrumento para la valoración del estado actual de ansiedad, por lo que se deberá poner énfasis en obtener información de cómo se siente el paciente en este momento. Sin embargo, la propia entrevista puede provocar un incremento o reducción del grado de ansiedad, y el entrevistador deberá pedirle al paciente que se centre en describir cómo se ha sentido en los últimos 2 días.

Por favor, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta que más se aplique al paciente en el momento actual.

Items	Valoración
<b>1. Tensión psíquica</b> (deberá tenerse en cuenta la distinción entre tensión y tensión muscular, véase el siguiente ítem)	4. Sensación muy marcada y angustiosa de «tener los nervios de punta», de estar «excitado», «agitado» o «nervioso», que persiste con escasa variación durante las horas de vigilia. 3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de gravedad a lo largo del día. 2. Vivencia clara de tensión que no causa desazon. 1. Ligera sensación de tensión que no causa desazon. 0. Ninguna sensación de estar tenso fuera del grado habitual de tensión experimentado ante el estrés, y que se considera normal en la población.
<b>2. Habilidad para relajarse</b> (tensión muscular)	4. Experimenta grave tensión en la mayor parte de los músculos del cuerpo que puede ir acompañada de síntomas como dolor, rigidez, espasmos y pérdida de control sobre los movimientos. Esta tensión está presente la mayor parte del tiempo que se encuentra en vigilia, y es incapaz de relajarse cuando lo desea. 3. Como lo descrito anteriormente, pero la tensión muscular puede afectar solo a ciertos músculos, y su gravedad puede fluctuar a lo largo del día. 2. Vivencia clara de tensión muscular en una parte concreta del cuerpo, suficiente para causar malestar, aunque no muy grave. 1. Tensión muscular ligera y recurrente, de la que el paciente es consciente pero que no le causa malestar. Los dolores ligeros de cabeza debidos a la tensión, o dolor en cualquier otro músculo, deberían ser puntuados aquí. 0. Tensión muscular no subjetiva o de tal grado que, cuando aparece, puede ser controlada con facilidad si se desea.
<b>3. Respuesta estimular exagerada</b> (hiperexcitabilidad)	4. Un ruido inesperado causa tal inquietud que el paciente se queda diciendo algo como «me has dado un susto de muerte». La inquietud experimentada es tanto psíquica como somática, así que además de la sensación de miedo, hay actividad muscular y síntomas vegetativos tales como sudor o palpitaciones. 3. Un ruido inesperado causa una gran inquietud psíquica o somática, pero no en ambas modalidades. 2. Un ruido inesperado causa una clara inquietud, pero no grave. 1. El paciente reconoce que está algo inquieto, pero no se siente molesto por ello. 0. El grado de sobresalto se considera totalmente normal en la población.
<b>4. Preocupación</b> (la evaluación deberá tener en cuenta el desajuste entre la preocupación y el estrés del momento)	4. El paciente experimenta preocupaciones casi continuas que conllevan pensamientos dolorosos que no puede suprimir de forma voluntaria y su inquietud es desproporcionada en relación al contenido de sus pensamientos. 3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de intensidad a lo largo de las horas de vigilia y con posible cese de los pensamientos inquietantes durante una o dos horas, sobre todo si el paciente está distraído con alguna actividad que requiera su atención. 2. Pensamientos angustiosos, desproporcionados para la situación que vive el paciente, continúan intrusivamente en su conciencia, pero es capaz de disiparlos o alentarlos. 1. El paciente admite que tiende a preocuparse algo más de lo necesario en cosas sin importancia, pero esto no le causa demasiada inquietud. 0. La tendencia a preocuparse se considera normal entre la población; por ejemplo, incluso una preocupación grave debida a una brusca crisis financiera o a una inesperada enfermedad en un familiar debería contabilizarse como 0 si se considera que está proporcionada con el grado de estrés.

<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
<b>5. Aprensión</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sensación de estar al borde de algún desastre que no se puede explicar. Esta experiencia no tiene por qué ser continua y puede ocurrir varias veces al día en forma de episodios breves</li> <li>3. Como lo descrito anteriormente, pero la experiencia no ocurre más de una vez al día</li> <li>2. Percepción de desastre sin motivo que no es grave, aunque causa clara inquietud. El paciente quizá no utilice términos como «desastre» o «catastrofe», pero puede expresar su experiencia con alguna frase como «me siento como si algo malo fuera a suceder»</li> <li>1. Aprensión leve de la que el paciente es consciente pero que no le causa inquietud</li> <li>0. No hay sensación anticipatoria inmotivada de desastre</li> </ol>
<b>6. Inquietud motora</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. El paciente es incapaz de estarse quieto durante más de unos minutos y se dedica a caminar sin descanso o a otra actividad sin propósito</li> <li>3. Como lo descrito anteriormente, pero es capaz de estarse quieto más o menos durante una hora en cada ocasión</li> <li>2. Tiene la sensación de que «necesita estar moviéndose», lo que le causa un cierto desasosiego, pero no demasiado</li> <li>1. Pequeña sensación de desasosiego que no causa inquietud</li> <li>0. Ausencia de inquietud</li> </ol>
<b>7. Ataques de pánico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Episodios, que se presentan varias veces a lo largo del día, de repentina sensación de terror sin motivo justificado. Se acompañan de síntomas vegetativos claros, sensación de desmayo inminente o pérdida de control sobre la razón y la integridad personal</li> <li>3. Como lo descrito anteriormente, pero los episodios no ocurren más de una vez al día</li> <li>2. Los episodios pueden aparecer sólo una o dos veces por semana. Suelen ser menos graves que los descritos anteriormente, pero todavía causan angustia</li> <li>1. Ligeros aumentos episódicos del nivel de ansiedad que sólo son desencadenados por sucesos o actividades específicas. Por ejemplo, la experiencia de un paciente que se recupera de agorafobia y que experimenta un aumento perceptible de la ansiedad al salir de casa debería puntuarse aquí</li> <li>0. No hay aumentos episódicos repentinos en el nivel de ansiedad</li> </ol>

Desarrollada a partir de la escala de Hamilton para la ansiedad, evalúa de forma breve la presencia y gravedad del trastorno de ansiedad 0 ausente- 4 Grado extremo y de mayor tiempo.

0-4 puntos: sin ansiedad o remisión clínica.

5-10 puntos: ansiedad leve.

11-16 puntos: ansiedad moderada.

17-24 puntos: ansiedad grave.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUÍS POTOSÍ  
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"  
DEPARTAMENTO DE GERIATRIA**

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)**

	SI	NO
1. ¿ESTA SATISFECHO (A) DE SU VIDA?		
2. ¿HA RENUNCIADO A MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES?		
3. ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?		
4. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO?		
5. ¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?		
6. ¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?		
7. ¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?		
8. ¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO?		
9. ¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?		
10. ¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?		
11. ¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?		
12. ¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?		
13. ¿SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA?		
14. ¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?		
15. ¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**SUMAR UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CONTESTADA COMO "SI"**

0-5 PUNTOS:

NORMAL

6-9 PUNTOS

DEPRESIÓN LEVE

10 O MAS PUNTOS

DEPRESIÓN ESTABLECIDA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EVALUADOR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

3S - Escala de bienestar social (Keyes, et al, 2002)

A continuación le pedimos que evalúe globalmente su vida en cuanto a su bienestar social durante los últimos días. Para ello utilice la siguiente escala donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 5 "totalmente en acuerdo":

1-Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5
2-Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5
3-Si tengo algo que decir( respecto a mi sexualidad), creo que la mayoría de la gente me escucharía	1	2	3	4	5
4-Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5
5-Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio	1	2	3	4	5
6-No me siento pertenecer a ningún grupo social	1	2	3	4	5
7-La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar (no creen en mitos)	1	2	3	4	5
8-Creo que la gente no es de fiar. (no puedo expresar mi sexualidad)	1	2	3	4	5
9-Creo que las personas sólo piensan en sí mismas	1	2	3	4	5
10-Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5
11-Creo que la gente es egoísta	1	2	3	4	5
12-Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto	1	2	3	4	5
13-Las personas no se preocupan de los problemas de otros	1	2	3	4	5
14-Creo que las personas son amables	1	2	3	4	5
15-Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor	1	2	3	4	5
16-Creo que puedo aportar algo al mundo	1	2	3	4	5
17-No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5
18-Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad	1	2	3	4	5
19-No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad	1	2	3	4	5
20-Pienso que lo que hago es importante para la sociedad	1	2	3	4	5
21-Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas	1	2	3	4	5
22-Para mí el progreso social es algo que no existe	1	2	3	4	5
23-La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo	1	2	3	4	5
24-Veo que la sociedad está en continuo desarrollo	1	2	3	4	5
25-No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida	1	2	3	4	5
26-La sociedad ya no progresa (se quedan estancados pensando en creencias)	1	2	3	4	5
27-El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente	1	2	3	4	5
28-No entiendo lo que está pasando en el mundo	1	2	3	4	5
29-El mundo es demasiado complejo para mí	1	2	3	4	5
30-No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo	1	2	3	4	5
31-Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas	1	2	3	4	5
32-Los científicos son los únicos que pueden entender como funciona el mundo.	1	2	3	4	5
33-Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro	1	2	3	4	5

**BP- Escala bienestar psicológico (Ryff, 1989)**

Indique por favor si está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, utilizando la siguiente escala

1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”:

1- Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5
2- A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5
3- No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
4- Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5
5- Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5
6- Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5
7- En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5
8- No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5
9- Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5
10- Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes	1	2	3	4	5
11- He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5
12- Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5
13- Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5
14- Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5
15- Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5
16- En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5
17- Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5
18- Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5
19- Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5
20- Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	1	2	3	4	5
21- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5
22- Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5
23- Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5
24- En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5
25- En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5
26- No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza..	1	2	3	4	5
27- Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5
28- Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria	1	2	3	4	5
29- No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5

30- Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5
31- En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5
32- Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5
33- A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5
34- No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	1	2	3	4	5
35- Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo	1	2	3	4	5
36- Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5
37- Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5
38- Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5
39- Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5



	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
creencias	Correlación de Pearson	.320(*)	.086	.223	.378(**)	-.008	-.253	-.045	-.410(**)	.699(**)	1	-.117	-.169	-.032	.079
	Sig. (bilateral)	.013	.515	.087	.003	.953	.051	.732	.001	.000		.375	.196	.810	.550
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
culpabilidad	Correlación de Pearson	.343(**)	.257(*)	.122	.053	-.059	.018	-.192	.031	.186	-.117	1	-.094	.003	.049
	Sig. (bilateral)	.007	.047	.353	.685	.652	.892	.142	.817	.155	.375		.475	.980	.713
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
condhabact	Correlación de Pearson	-.198	.057	.409(**)	.116	-.095	.153	.175	.174	.228	-.169	-.094	1	-.137	-.171
	Sig. (bilateral)	.128	.664	.001	.376	.472	.242	.181	.185	.080	.196	.475		.296	.191
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
prestajubi	Correlación de Pearson	.101	.354(**)	.165	-.219	.960(**)	-.257(*)	-.203	-.177	-.069	-.032	.003	-.137	1	.514(**)
	Sig. (bilateral)	.444	.006	.208	.093	.000	.047	.119	.177	.601	.810	.980	.296		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
seguro	Correlación de Pearson	.214	.103	.191	.378(**)	.467(**)	-.049	-.226	-.126	-.117	.079	.049	-.171	.514(**)	1
	Sig. (bilateral)	.101	.436	.144	.003	.000	.710	.083	.338	.373	.550	.713	.191	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
ingreso	Correlación de Pearson	-.093	-.258(*)	-.198	.521(**)	.612(**)	.256(*)	.367(**)	.238	.284(*)	-.174	.085	.221	.563(**)	.442(**)
	Sig. (bilateral)	.479	.046	.129	.000	.000	.048	.004	.067	.028	.184	.519	.089	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
insanebasi	Correlación de Pearson	.207	-.027	.078	-.296(*)	-.216	-.147	-.127	-.154	-.092	.074	.168	.088	-.202	.443(**)
	Sig. (bilateral)	.112	.836	.554	.022	.097	.263	.332	.241	.483	.575	.199	.502	.121	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
apgarfami	Correlación de Pearson	-.395(**)	-.057	-.216	.247	.004	.082	-.050	.068	.290(*)	-.131	.113	-.090	.050	-.221
	Sig. (bilateral)	.002	.664	.097	.057	.974	.535	.704	.607	.025	.319	.391	.493	.703	.089
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
evaluconyu	Correlación de Pearson	.365(**)	.111	.675(**)	-.065	-.043	-.077	.051	.068	-.132	.139	.158	.413(**)	-.071	.004
	Sig. (bilateral)	.004	.397	.000	.623	.745	.558	.698	.605	.316	.289	.229	.001	.590	.976



	N	60	60	60	60	60	60
relaci3n p osit	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	.266(*) .040	171 192	.155 .236	-.424(**) .001	.428(**) .001	-.251 .053
	N	60	60	60	60	60	60
autonom ia	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	.234 .071	.009 .946	.174 .183	-.245 .059	.117 .375	-.083 .529
	N	60	60	60	60	60	60
dominioe ntor	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	.127 .333	.084 .523	.222 .089	-.425(**) .001	.350(**) .006	-.071 .589
	N	60	60	60	60	60	60
crecipers ol	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	.246 .059	.084 .523	.125 .340	-.490(**) .000	.017 .899	-.200 .125
	N	60	60	60	60	60	60
proposivi da	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	.139 .288	-.126 .338	.126 .338	-.316(*) .014	.199 .128	-.040 .759
	N	60	60	60	60	60	60
satisfrec sex	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	-.421(**) .001	-.143 .277	-.612(**) .000	.222 .088	.000 1.000	.196 .134
	N	60	60	60	60	60	60
satisca lis ex	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	-.551(**) .000	-.297(*) .021	-.588(**) .000	.340(**) .008	-.246 .058	.183 .161
	N	60	60	60	60	60	60
satissex mes	Correlaci3n de Pearson Sig. (bilateral)	.573(**) .000	.228 .080	.673(**) .000	-.407(**) .001	.238 .068	-.267(*) .039
	N	60	60	60	60	60	60



	ingreso	insaneb asi	apgarfami	evalucony u	depende ncia	ansied ad	depreció n	integras ocial	aceptas ocial	contriso cial	actualis ocial	cohesoc ial
Edad	-.093	.207	-.395(**)	.365(**)	-.532(**)	.359(**)	-.331(**)	.550(**)	.444(**)	.325(*)	.325(*)	.354(**)
	.479	.112	.002	.004	.000	.005	.010	.000	.000	.011	.011	.006
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Genero	-.258(*)	-.027	-.057	.111	-.186	-.184	-.327(*)	.169	.132	-.055	.171	.020
	.046	.836	.664	.397	.155	.159	.011	.196	.315	.675	.192	.879
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Escivil	-.198	.078	-.216	.675(**)	-.436(**)	-.308(*)	-.135	.254	.375(**)	.060	.393(**)	.512(**)
	.129	.554	.097	.000	.000	.017	.303	.050	.003	.648	.002	.000
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
escolar idad	.521(**)	-.296(*)	.247	-.065	.369(**)	.313(*)	.203	-.378(**)	-.410(**)	-.456(**)	-.391(**)	-.327(*)
	.000	.022	.057	.623	.004	.015	.120	.003	.001	.000	.002	.011
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
jubilad o	-.612(**)	-.216	.004	-.043	-.263(*)	-.093	-.169	.248	.234	.181	.263(*)	.181
	.000	.097	.974	.745	.042	.482	.198	.056	.072	.167	.042	.167
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
salud	.256(*)	-.147	.082	-.077	.323(*)	.197	.150	-.388(**)	-.070	-.251	-.187	-.123
	.048	.263	.535	.558	.012	.131	.254	.002	.596	.053	.153	.348
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
religi3n	.367(**)	-.127	-.050	.051	.041	-.156	.063	-.141	-.063	-.127	-.127	-.032
	.004	.332	.704	.698	.754	.234	.632	.282	.635	.332	.332	.809
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Crerel	.238	-.154	.068	.068	.072	.096	.216	-.396(**)	-.326(*)	-.223	-.527(**)	-.223
	.067	.241	.607	.605	.582	.468	.097	.002	.011	.087	.000	.087
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mitos	.284(*)	-.092	.290(*)	-.132	.381(**)	.249	.195	-.399(**)	-.381(**)	-.278(*)	-.561(**)	-.384(**)
	.028	.483	.025	.316	.003	.055	.135	.002	.003	.031	.000	.002
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
creenci as	-.174	.074	-.131	.139	-.230	-.304(*)	-.208	.222	.166	.145	.468(**)	.226
	.184	.575	.319	.289	.076	.018	.111	.089	.204	.268	.000	.083





autonomía	-.250	.046	-.253	.137	-.209	-.375(**)	-.180	.116	.277(*)	.292(*)	.292(*)	.292(*)
	.054	.727	.051	.295	.108	.003	.169	.377	.032	.024	.024	.024
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
dominancia	-.266(*)	-.109	-.285(*)	.031	-.292(*)	-.216	-.211	.215	.365(**)	.380(**)	.380(**)	.380(**)
	.040	.408	.027	.813	.024	.098	.105	.100	.004	.003	.003	.003
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
crecimiento	-.317(*)	.287(*)	-.195	-.038	-.292(*)	-.385(**)	-.211	.215	.365(**)	.380(**)	.208	.208
	.014	.026	.136	.772	.024	.002	.105	.100	.004	.003	.112	.112
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
propósito	-.122	-.062	-.162	-.022	-.166	-.219	.010	.122	.207	.216	.216	.216
	.354	.640	.217	.870	.206	.093	.941	.354	.112	.098	.098	.098
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
satisfacción	.232	-.184	.063	-.622(**)	.314(*)	.286(*)	.200	-.196	-.277(*)	-.081	-.383(**)	-.322(*)
	.074	.159	.631	.000	.015	.027	.126	.133	.032	.541	.003	.012
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
satisfacción	.247	-.092	.257(*)	-.358(**)	.359(**)	.350(**)	.177	-.391(**)	-.446(**)	-.166	-.329(*)	-.383(**)
	.057	.485	.048	.005	.005	.006	.175	.002	.000	.204	.010	.003
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
satisfacción	-.315(*)	.170	-.181	.346(**)	-.372(**)	-.329(*)	-.167	.390(**)	.415(**)	.140	.462(**)	.393(**)
	.014	.193	.166	.007	.003	.010	.203	.002	.001	.287	.000	.002
	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

