

**UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTHA ABREU" DE LAS VILLAS.  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.**



**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN  
PSICOLOGÍA MÉDICA**

**TÍTULO: ESTADOS CLÍNICOS Y AUTOPERCEPCIÓN DE  
LA SEXUALIDAD EN GERONTES CON VISIÓN  
DE GÉNERO.**

**AUTORA: LIC. MAGNY MARTÍN HERNÁNDEZ**

**TUTORA: MSC. NANCY L. NEPOMUCENO PADILLA**

**ASESOR ESTADÍSTICO: Dr.C. TOMAS CRESPO BORGES**

**2006**

**"AÑO DE LA REVOLUCIÓN ENERGÉTICA EN CUBA"**

**EXERGO**

*“Aprender a envejecer es el trabajo maestro de la sabiduría y es uno de los capítulos más difíciles en el arte de la vida”*

## **Dedicatoria**

- ❖ *A todos los ancianos y ancianas*
- ❖ *A mi hijo: por ser la razón de mi vida, mi inspiración, mi fuerza, mi gran amor.*
- ❖ *A mis padres: en el atardecer de sus vidas, por hacerme sentir el centro de su universo, por compartir todos mis sueños, por confiar tanto en mí. Por sus preocupaciones constantes, por sacrificarse tanto para que yo estudiara y fuera todo lo que soy hoy.*
- ❖ *A mi compañero: por su apoyo desmedido y su ayuda incondicional. Por permitirme desatenderlo, por ser para mí una compañía sin límites. He caminado sobre tus pasos fuertes.*
- ❖ *A todos los jóvenes de hoy que con un poquitico de suerte serán los viejecitos de mañana.*

## **Agradecimientos**

- *A mi tutora: por brindarme sus conocimientos, por toda su dedicación y ejemplo.*
- *A mis padres: por todo el sacrificio y noches de desvelos dedicados al cuidado de mi hijo para yo poder alcanzar esta meta. Gracias, muchas gracias.*
- *Al claustro de profesores de la maestría: por ayudar a mi formación profesional y científica.*
- *A todos los que hicieron posible la realización de esta investigación: Marisela, Onelio, Salomón, Ileana, Mayi, Evaldo, Yolaimi, Abner, Noel, a la psicóloga del hospital geriátrico, a la señora del CMF del reparto, a los trabajadores de Acinox- Jorge y Saiz- en especial,...) y a todos los que no menciono pero que no olvido y tienen para siempre mis más sinceros agradecimientos.*
- *A todos los ancianos y ancianas que aceptaron participar como muestra de esta investigación y toda su cooperación.*

# Índice

	<i>Pág.</i>
Introducción	1
Capítulo I: Marco Teórico Conceptual	6
➤ <i>Aspectos demográficos.</i>	6
➤ <i>Particularidades generales.</i>	8
➤ <i>Sexualidad en gerontes.</i>	9
➤ <i>Diferencia de géneros.</i>	14
➤ <i>Vejez, enfermedad y acción farmacológica en la sexualidad.</i>	19
➤ <i>Aspectos relacionados con la salud y la sexualidad.</i>	20
Capítulo II: Metodología de la investigación	25
➤ Estrategia general de trabajo.	25
➤ Selección y descripción de la muestra.	26
➤ Definición operacional de variables.	29
➤ Descripción de técnicas y métodos empleados.	30
➤ Procedimiento general de la investigación.	33
➤ Procesamiento estadístico.	34
Capitulo III: Análisis y discusión de los resultados	36
Conclusiones	56
Recomendaciones	57

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la relación entre el estado clínico y la autopercepción de la sexualidad en gerontes hospitalizados y no hospitalizados con visión de género.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo intencional, quedando conformada por 40 pacientes geriátricos distribuidos en 2 grupos, uno de estudio integrado por 20 pacientes ingresados en el servicio de geriatría del Hospital universitario Dr. "Celestino Hernández Robau" y otro testigo conformada por otros 20 pacientes del círculo de abuelos del C.M.F75-1 del policlínico "Ramón Pando Ferrer" de Santa Clara, a los que se le realizó revisión de la Historia Clínica Geriátrica, se le aplicó un cuestionario relacionado con sexualidad, el inventario de autoestima de Coopersmith y la escala autovalorativa de Dembo Rubinsteins. La información recogida se analizó de forma cuantitativa y fue procesada mediante el paquete estadístico SPSS para la realización de tratamiento de estadística descriptiva e inferencial.

Resultó significativo que los gerontes pertenecientes al círculo de abuelos presentaban mayor diversidad de enfermedades con menor repercusión en su sexualidad, siendo en ambos grupos las enfermedades cardiovasculares, cardiovasculares-cerebrovasculares y cardiovasculares-endocrinas las que influyen en mayor porcentaje en la autopercepción de la sexualidad.

La autoestima y la autovaloración guardaron relación directa entre ellas y la autopercepción de la sexualidad existiendo marcadas diferencias en el porcentaje de coincidencia de estos tres niveles, que fue mayor en el grupo testigo llegando a la conclusión que la sexualidad activa de ambos grupos repercute en su bienestar, su salud mental y su calidad de vida.

## **INTRODUCCIÓN.**

Vivimos en un mundo encanecido. En el comienzo de este siglo se ha observado un incremento en la esperanza de vida. Tradicionalmente la sociedad ha alimentado una serie de mitos, tabúes y estereotipos negativos acerca de la sexualidad en la vejez que ha hecho muy difícil un estudio serio sobre este tema, lo cual queda reflejado en los escasos números de investigaciones que se han realizado sobre el mismo y la escasa literatura que existe de la sexualidad en los gerontes. **(Ramos F. González H. 1997)**

El envejecimiento en Cuba no solo ha sido rápido, sino también irreversible. Cuba es uno de los países más envejecidos de América Latina, más del 14% de la población (1,6 millones de habitantes) sobrepasan los 60 años de edad, la esperanza de vida al nacer es actualmente de 76,60 años. Hoy se vive 35 años más que a principios del siglo XX. En nuestro país vive hoy una persona mayor por cada 7 adultos y se estima que para el año 2025 el 25% de la población será de 70 y más años, esto condicionará un patrón demográfico típico de población envejecida. Una parte considerada de la humanidad entra en el nuevo milenio asumiendo dos tendencias baja natalidad y alta esperanza de vida. Este proceso se agudizó en los últimos años y se incrementará de manera significativa en los próximos. **(Rodríguez Boti, R 2003)**

La provincia de Villa Clara específicamente es la más envejecida del país porque el 18,7% de su población es mayor de 60 años y en el año 2025 uno de cada 4 villaclareños será adulto mayor, además se estima que ya en el año 2015 habrá por primera vez más adultos mayores que niños y por lo tanto nuestra provincia es la de mayor índice de esperanza de vida al nacer de 78,20 años.

Este envejecimiento debe verse como uno de los mayores logros de nuestro proyecto social y el reto para nuestros profesionales de la salud y toda la comunidad en general es darle más calidad a esa vida que hemos sido capaces de incrementar y la fórmula para esto está en integrar todos nuestros esfuerzos para lograrlo.

El tema de la influencia del envejecimiento sobre las actividades sexuales es un asunto de nuestro siglo y nos toca a nosotros que seremos los viejos de mañana enfrentar esta tarea para prepararnos para un futuro mucho mejor.

Al referirnos a la sexualidad en la tercera edad nos enfrentamos a un doble inconveniente el de la vejez que tanto nos preocupa y agobia, por ser casi siempre abordado de forma negativa sin tener en cuenta toda las riquezas y ganancias que lleva consigo esta última etapa de la vida y por el otro lado nos enfrentamos al tema de la sexualidad que tanto prejuicio implica, más aun cuando tratamos de esta sexualidad en el atardecer de la vida.

La divulgación de temas referidos a la sexualidad en Cuba comienzan en el año 1960 a través de la Federación de Mujeres Cubanas en la revista Mujeres, aunque sin tocar precisamente el tema de la vejez ya entonces en 1971 y 1974 en el Congreso de Mujeres y en el año 1975 en el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba se acordó la creación del Grupo Nacional de Educación Sexual, hoy llamado Centro Nacional de Educación Sexual ( CENESEX) que en sus inicios quedó propuesto el tema de sexualidad en el adulto mayor pero que es hoy día que comienzan prácticamente su estudio y se proyectan investigaciones en este sentido.

En 1984 se conforma el Grupo Nacional y Grupos Provinciales de geronto geriatría a partir del sexto períodos de sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular.

Hoy en día podemos afirmar que la sexualidad en la vejez debe ser enmarcada dentro de la estrecha relación que existe entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que los cambios fisiológicos en el anciano no son barreras para tener

relaciones sexuales y que a pesar de las limitaciones que puedan imponer en algunos aspectos permite actividad y satisfacción sexual en la vejez.

Alfred Charles Kinsey y sus colaboradores (1894 – 1956) fueron los primeros en estudiar sistemáticamente los efectos del proceso de envejecimiento en el comportamiento sexual y comprobaron que la actividad sexual continuaba hasta bien avanzada la edad, aunque observaron una disminución en la frecuencia tanto en hombres como en mujeres. Otros trabajos posteriores corroboraron estas conclusiones como en 1960 Newman y Nichols, en 1966 Masters y Jonson, en 1977 Pfeiffer y Davis, en 1917 Martín, 1994 López, F y A. Fuertes y Barros L.

Según el Doctor Oscar Díaz Noriega especialista de CENESEX las estadísticas muestran claramente que el número de ancianos y ancianas no es similar, ni su ritmo de crecimiento es parecido. Existen más mujeres en el país mayores de 60 años que hombres actualmente. No existe por tanto una cultura verdadera del envejecimiento y la sexualidad en hombres y mujeres; y aunque comienzan a darse pasos en cuanto a la divulgación y apoyos a los problemas de la sexualidad en la tercera edad, falta mucho por hacer al respecto y aun no es suficiente el nivel de información, ni la percepción de la sexualidad en ancianos y ancianas.

Con el paso de los años además aumenta la incidencia de padecer enfermedades como Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Diabetes Mellitus entre otras, que pueden afectar tanto el interés sexual como la propia realización del coito, sin embargo no son un impedimento para esto y menos para seguir disfrutando intensamente de la sexualidad.( **Rodríguez Boti R 2003**)

Existen diferencias de géneros, así se pueden ver en la mujer cambios físicos importantes como la menopausia, donde se manifiestan sofocos y disminuye la lubricación vaginal que puede influir en la sexualidad activa de algunas de estas mujeres. Esto no necesariamente afecta el deseo sexual, ya que a esta edad no se dedica tanto esfuerzo como en etapas anteriores al cuidado de los hijos, no hay preocupación por el embarazo y este tiempo se puede invertir en el sano cultivo del ocio. En el hombre disminuye a su vez los espermatozoides a partir de las quinta década a pesar de haber paternidades probadas en longevos de 100 años y más,

disminuye la testosterona y por ello se necesita más tiempo para la erección que es menos rígida disminuye la necesidad física de eyacular, disminuye el semen y la fuerza de expulsión y por lo tanto disminuye la sensación orgánica. Tras eyacular la erección disminuye más rápido, pero el hombre tiene por ahí la ventaja de que todo esto no se presenta tan bruscamente y de esta forma sea mejor aceptada por la sociedad y por el mismo.

Hay también que tener en cuenta algo muy importante y es que todos estos cambios antes mencionados no se presentan igual de una persona a otra, tanto en el hombre como en la mujer y que son muy variables según su género.

Existen por otra parte a veces frigidez por falsos mitos que divorcian sexualidad de pureza por convencionalismo social y un gravísimo error que es a su vez muy frecuente es identificar sexualidad con período reproductor.

Existen numerosos elementos que inciden en la autoestima y autovaloración de las personas de edad avanzada, siendo estos los procesos que permite al hombre percibirse, permitiendo su propia evaluación, que esta sea positiva o negativa no es indiferente de ella, depende de la forma que uno tiene de enfrentar la vida, de valorarse así mismo y a los demás, es también la forma satisfactoria o no de cada individuo para enfrentarse a los conflictos de la vida y sus dificultades, no quedando exento de esto la sexualidad. Existe una relación directa entre la autopercepción de la sexualidad y el estado clínico general de las personas en la tercera edad.

Ante este problema científico se deriva la siguiente interrogante cognitiva:

¿Modifican los estados clínicos la autopercepción de la sexualidad en gerontes institucionalizados y no de ambos sexo?

Con el propósito de dar respuesta a la problemática a estudiar declaramos los siguientes **Objetivos de Trabajo:**

**Objetivo general:**

- ❖ Determinar la relación entre el estado clínico y la autopercepción de la sexualidad en gerontes hospitalizados y no hospitalizados con visión de género.

**Objetivos específicos:**

- ❖ Identificar el estado clínico general de los gerontes estudiados por sexo.
- ❖ Analizar la autopercepción de la sexualidad en la muestra con visión de género.
- ❖ Describir la relación existente entre autoestima, autovaloración, e índice de percepción de la sexualidad atendiendo al género.
- ❖ Relacionar el estado clínico general y la autopercepción de la sexualidad en los grupos estudiados.

## **MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.**

### ***Aspectos demográficos.***

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que se produce de forma paulatina y que ocurre en todos los países. En Cuba se ha definido como el principal problema demográfico de la población. Las proyecciones demográficas indican que la cifra de ancianos se duplicará para el 2025. Los cambios demográficos para América Latina y el Caribe se desarrollarán a mucha mayor velocidad que en el resto de las regiones y se caracterizarán por una rápida urbanización, fuerte tendencia a la disminución de la fertilidad y un aumento de la esperanza de vida al nacer. ( **Rodríguez Boti,2003**)

Existen tres factores que determinan el envejecimiento de una población que constituyen las causas del envejecimiento poblacional donde se encuentra la disminución de la tasa de fecundidad, la disminución de la mortalidad y los modelos de migraciones ( **R.O Vega,1996**). Variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país.

El envejecimiento poblacional hay que verlo en el caso concreto de Cuba como un hecho causado por el desarrollo social que alcanzó, en el cual las variables demográficas en proceso de interrelación muestran niveles comparables a la de los países más desarrollados del mundo. Según cálculos de La Organización de

Naciones Unidas (ONU) para el año 2025 el 13,7 % de la población pertenecerá a la tercera edad. En Cuba ya la población perteneciente a este grupo es superior al 14 % de la población general y la esperanza de vida es de 76,60 años actualmente. Mientras la tasa anual de crecimiento en el grupo de menores de 15 años es de 1,6%, la del grupo de 65 y más años crece 2,4% anualmente.

La definición de envejecimiento desde el punto de vista demográfico está relacionado con el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población, sin embargo, se ha considerado la importancia de definirla también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de proporción de niños y jóvenes menores de 15 años.

En el caso de Cuba es importante precisar que al encontrarse la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (menos de una hija por mujer) la población de 0- 14 años ha ido disminuyendo con respecto a la total y al mismo tiempo, al disminuir también los niveles de mortalidad ha ido aumentando la proporción de personas de 60 años y más, que en los últimos años, desde el punto de vista cuantitativo a tenido una significación importante en el proceso de envejecimiento.

Cuba está clasificada según el grado de envejecimiento en el grupo III y Villa Clara dentro de sus territorios que es la provincia más envejecida también.

El proceso de envejecimiento visto como un aumento de 60 años y más con relación a la población total se ha venido desarrollando y profundizando en los últimos años. Utilizando la tipología propuesta por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) el país ha transitado desde un 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta 15,4 % en el año 2004, lo que indica la llegada al extremo superior del intervalo que define al grupo II de envejecimiento (15%), así en el término de 18 años se muestra un incremento en 4,1 puntos porcentuales y en la actualidad con 15,4 % Cuba y Villa Clara específicamente con 18,7 % hace que se ubiquen en el grupo III de envejecimiento.

Según datos estadísticos en Cuba hay en la actualidad 79 personas de 60 años por cada 100 personas de 0-14 años y 24 personas de 60 años, por cada 100 de 15- 59 años.

La población de adultos mayores está conformada por 1.7 millones de personas y de acuerdo a estimaciones de la división de Poblaciones de Naciones Unidas, Barbado y Cuba serán los países más envejecidos de América Latina en el año 2050 con 35 y 34 % respectivamente.

En la provincia de Villa Clara los municipios más envejecidos son Placetas que está entre los tres primeros del país, seguidos de Cifuentes, Remedios, Camajuaní, y Ranchuelo donde el índice sobrepasa el 19% y por tanto ocupan todos el grupo III de envejecimiento.

En cuanto a géneros según estadísticas actuales del cierre del año 2004 existen más ancianas que ancianos en el país y coinciden estas estadísticas en nuestra provincia donde hay 74803 ancianos y 77390 ancianas, es decir, 2587 ancianas más que ancianos.**(Oficina Nacional Estadística,2005)**

### ***Particularidades generales.***

El envejecimiento propiamente dicho ha sido definido como todas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Existen por tanto dos ciencias que se ocupan del estudio del envejecimiento y las enfermedades en la vejez: la Gerontología y la Geriatria.

En la actualidad Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todo sus aspectos, incluyendo las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas. Además incluye la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores. Constituye una especialidad universitaria en muchas naciones.

La Geriatria es por tanto una rama de la Gerontología y Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y

enfermedades de los ancianos, lo que la hace una ciencia práctica aplicada que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.**(Prieto RO,Vega GE,1996)**

Existe también por su parte la Psicogeriatría que es la rama que estudia los aspectos psíquicos de las personas de la tercera edad.

La Epidemiología del envejecimiento se mide en cinco aspectos importantes donde está en primer lugar el proceso salud y enfermedad ya que a esta edad se hace mayor uso de servicios sociales y de salud, aumentan los gastos y los recursos. La salud se debe medir en términos de funcionabilidad que está estrechamente ligada al validismo, que es la capacidad funcional que tiene el adulto mayor para atenderse a sí mismo. En segundo lugar tenemos la Morbilidad donde se ven más las enfermedades crónicas que las agudas, aquí se debe tener en cuenta que en distintas personas con la misma enfermedad puede tener repercusión diferente sobre el validismo. Otro aspecto es la Mortalidad donde las infecciones han dejado de ser la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo y en cambio los grandes problemas son ahora las enfermedades crónicas, ubicadas dentro de las primeras causas de muerte tenemos las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La Cardiopatía Isquémica es la mayor causa de muerte en los ancianos, la tasa aumenta con la edad y es más frecuente en hombres que en mujeres. El cáncer por su parte aumenta con la edad hasta los 80 años aproximadamente. Las enfermedades cerebro vasculares también ocupan otras de las primeras causas de muerte en Cuba y los accidentes pasan a ser la cuarta causa de muerte, de manera general existe una sobremortalidad masculina para todas estas enfermedades mencionadas. El cuarto aspecto es el Diagnóstico y por último Las Discapacidades que se incrementan progresivamente y afectan más a las mujeres ya que los hombres tienen menor esperanza de vida y son más fuertes. La Epidemiología puede y debe convertirse en una herramienta en la toma de decisiones y en la planificación de servicios y programas, según las necesidades reales de los ancianos.**(Prieto R O,1996)**

### ***Sexualidad en Gerontes.***

La Sexualidad, según la psicóloga Lidia N. C. Loeghly es una parte importante de la personalidad, una decisión básica de la persona que hay que cultivar, una gama de sentir, de emociones, de amor, con todas sus particularidades ella refiere " en los adultos mayores hay sexualidad y de la buena". Define Sexualidad Geriátrica como una expresión psicológica de emociones y compromisos que requieren mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, relacionado con confianza, amor, de compartir, placer con o sin coito, incluye todas las formas de expresión desde la aproximación, el tacto, la intimidad emocional, la compañía, la masturbación y no solo coito.

La sexualidad es una parte importante de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresan a través del cuerpo, es el elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal y estimula la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.**(Lidia N.C,2002)**

Otra autora comenta en la revista Avances Médicos de Cuba 2001, la Psicóloga Ananmeli Monray de Velasco, que la sexualidad son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permite comprender el mundo y vivirlo a través de nuestros hombres y mujeres.**(Monray de V,A,2001)**

Otros autores como Félix López de la Universidad de Salamanca en España y el A **(Valdez,M 1997)** en su libro Actividad Sexual del seneste refiere que los límites de la sexualidad comienzan con el nacimiento y concluyen únicamente con la muerte y la posibilidad o no de tener relaciones sexuales depende de la oportunidad, de la salud física y mental que y no de límites cronológicos.

Creemos entonces que es necesario aclarar que sexo no es solamente realización del coito, ya que múltiples variables como la masturbación, las caricias, los abrazos y hasta la fantasía imaginativa y los sueños constituyen expresiones sexuales de riqueza no despreciables.

La sexualidad interviene por tanto en el comportamiento sexual, el Psicólogo Alemán Eysenck estudió esta variable relacionándolo con extroversión e

introversión, refiriendo que las personas extrovertidas en cuanto a sexualidad son más excitables, realizan el coito con más frecuencia, tienen actos sexuales más persistentes, sexo más poderoso, menor miedo a las relaciones sexuales, tienen fuerte expresión de sentimientos pues estas personas son más sociables, impulsivas, activos, charlatanes, despreocupados, optimistas, alborotadores, mientras es todo lo contrario este comportamiento sexual en los introvertidos que son más reflexivos, controlados e insociables y por ello se excitan menos.

El primero en estudiar la sexualidad en el adulto mayor fue Alfred Charles Kinsey (1894 - 1956) quien en el año 1938 al hablar del tema fue sometido a varias críticas por la sociedad, a pesar que no faltó quien lo elogiara como Ernest y Lot quienes en el año 1948 pronunciara que Kinsey había hecho a favor del sexo lo mismo que Cristóbal Colón por la geografía. Luego continuaron investigando el tema muchos otros entre ellos, Murphy (1956), Allport (1957), Newman y Nichols (1960), Friman (1961), Kruckolin Murria y Schneder (1963), donde casi todos concordaron en que una salud y un ambiente apropiado constituyen los factores más importantes para una sexualidad prolongada.

Las expresiones sexuales del anciano son numerosas y variables, la edad cronológica no supone un impedimento para una vida sexual continuada cuando existen posibilidades de ejercerla, las dificultades surgen cuando en ausencia de tales oportunidades, se subliman unas actividades y se niegan otras. La mayoría de los intentos de contacto personal son mal interpretados y rechazados, obligando al anciano a una conducta regresiva, no solo hay que comprender y situar esta conducta en una perspectiva real, sino que se impone la comprensión de las conductas sexuales abiertas. **(Rodríguez Regino, 2003)**

Cada cual envejece según como ha vivido. Los estresores influyen en la sexualidad (disminución de la economía, disminución del contacto social y el rol social, disminución de la autonomía, disminución del auto estima y disminución de las iniciativas).

Otro aspecto muy importante es la satisfacción que se tenga ante la vida. Autores como Rodríguez (Cuba 1998), Osvaldo Prieto y Cols (1996) describe que aspectos

como la insatisfacción a la vida y el desajuste sexual pueden desintegrar la personalidad de adulto mayor, causado por enfermedades y limitaciones físicas, soledad, insuficiente economía, frustración, desarmonía familiar.

La percepción de utilidad da indicador de calidad de vida al adulto mayor. Si el anciano víctima del viejísimo vive esta etapa de deterioro físico y mental, y proyecta sobre sí una imagen de discapacidad, incompetencia e inutilidad, entonces se comportará como un ser asexuado este adulto mayor. Esta percepción de bienestar y utilidad no tiene porque declinar con la edad.

Otro aspecto que condiciona negativamente la sexualidad son las creencias erróneas, los tabúes, ideas estereotipadas y preconcebidas que surgen en la porción no viejas de las sociedades contemporáneas que rodean al adulto mayor causado fundamentalmente por la deficiente información. Tiene gran importancia aquí relacionada con esta etapa la opinión familiar. Además de esta percepción de crítica social, la disposición que se tenga para iniciar una nueva relación de pareja. **(Rodríguez Boti, 2003)**

Sobre los factores psicosociales que condicionan la sexualidad de los ancianos y ancianas tenemos que Kinsey y sus colaboradores fueron los primeros en esta tarea en la segunda mitad en la década de los años 40.

Para Barros Lazaeta (OPS 1994) la concepción de envejecimiento como proceso social admite diversos enfoques como abordajes sociológicos, psicológicos y enfoque psicosocial que es la combinación de las dos anteriores. Este centra la atención en la forma como los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, como buscan respuestas a los problemas que se les presentan y como aceptan o asumen pérdidas y frustraciones.

El proceso de envejecimiento va unido a una situación de estreches económica (jubilación) y la falta de un rol social. Envejecer no solo es una condición social, sino también un proceso individual. El estudio Viviendo el Envejecer de la Pontificia Universidad Católica de Chile en 1991 considera tres las actitudes en las que se enfrenta el envejecimiento (resignación, aceptación y desesperación).

Así plantea Tellenback en 1990 que envejecer bien o mal dependerá dentro de los márgenes fijados por el contexto social de los mismos individuos que envejecen.

Según Félix López y Antonio fuertes (España 1994) existen factores psicológicos que condicionan la actividad sexual en la vejez, siendo ellos:

- El modelo de sexualidad dominante
- El modelo de figura corporal atractiva dominante
- La falta de pareja
- La historia sexual
- Relaciones rutinarias insatisfactorias o conflictivas
- Dificultades económicas o sociales
- Condiciones físicas inadecuadas
- Miedo a ser incapaz
- Actitud de hijos, familia y personal institucional
- Limitaciones o desventajas asociadas al género

Vemos así que el condicionamiento es multicausal, y varía de un rango tan amplio que incluye los factores individuales y los sociales.

Otro aspecto que influye en la sexualidad del adulto mayor son la mala calidad de la relación de pareja, la monotonía, la menopausia, el rol de cuidadora y/o superabuela, la soledad, la viudez, el género en general que repercute con diferencias para mujeres y hombres.

En el Congreso Mundial Sexología (Valencia, España, 1997) se aprobó

La declaración sobre los derechos de la sexualidad, ratificados en el XIV Congreso Mundial Hong Kong 1999.

En Cuba desde 1990 se organiza la atención al adulto mayor y en 1995 SOCUMES que es la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad funciona en nuestro país. El 16 de diciembre 1991, la Asamblea

General de las Naciones Unidas adopto la resolución 46/91 que incluye los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad para dar más vida a los años que se han agregado a la vida. Se exhorto a los gobiernos a que incorporaran estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible:

- Independencia
- Participación
- Cuidados
- Autorrealización
- Dignidad

Siendo de suma importancia promover programas educativos que fomenten la aceptación, valores de la sexualidad propia y la de los demás, que facilite el desarrollo de actitudes y conocimientos y que estimule prácticas sexuales armónicas, posibilitando que cada cual se sienta bien como hombre o mujer, en plenitud de capacidades para amar y ser amado.

Persiste una situación actual que propicia una merma en la calidad de vida de las personas de ambos sexos de la tercera edad, dada por creencias erróneas y diversos factores psicosociales negativos, estos son susceptibles de ser modificados y la propia educación sexual eleva el nivel educacional sobre estos temas de sexualidad en la tercera edad, para incidir en estos logros y preparar a los profesionales de la salud para evitar cometer iatrogenia por falta de preparación y crear nuevas estrategias de trabajo que permitan específicamente al personal de enfermería que es uno de los que permanece mas tiempo con los pacientes actuar eficazmente ante los problemas del adulto mayor y promover su salud. Una labor mantenida logra mejorar la calidad de vida de los gerontes.**(Rodríguez Boti,2003)**

## **Diferencia de géneros.**

### ***Cambios fisiológicos en la mujer de la tercera edad.***

Para algunos autores los cambios hormonales que ocurren en la mujer de más de 50 años de edad, debido a la disminución de la función ovárica, no son causas necesariamente de cambios importantes de su actividad sexual si no van acompañados de trastornos psíquicos, mala información sobre la fisiología sexual o de patrones culturales y educacionales erróneos .

En muchos aspectos los cambios que tienen lugar en la mujer son muy similares al hombre, por ejemplo: la excitación es más lenta. Una mujer joven quizás solo necesite de 15 a 20 seg. de excitación para lubricar su vagina, mientras que en la mujer de edad más avanzada esto puede demorar hasta 5 minutos. Esta lubricación es menos abundante que en la joven. La adulta mayor puede notar que no tiene lubricada la entrada de la vagina - introito- e interpretar erróneamente que no está lubricada en absoluto, cuando en realidad la lubricación no se exterioriza por una menor producción y posiblemente por la adopción de posiciones que dificulten su salida por gravedad.

La erección del pezón en la fase de excitación es similar a la de las jóvenes, aunque es menos intenso el aumento de tamaño de la mamas por la vasodilatación y su enrojecimiento. Mujeres jóvenes con mamas flácidas pudieran presentar también esta situación.

La erección del clítoris durante el acto sexual no muestra diferencias apreciables con las mujeres de menos edad, si se cumplen todas las fases del acto sexual (excitación, meseta, orgasmo y resolución)

A pesar de ser cierto que la disminución en la producción de estrógenos en el periodo posmenopáusico disminuye el trofismo vaginal y su secreción, se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que aquellas con vida sexual pobre; esto indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales.

Puede producirse una irritación mecánica de la uretra y la vejiga, si las paredes vaginales se mantienen finas y menos elásticas. Esto puede provocar deseos imperiosos de orinar durante o inmediatamente después del coito, así como molestias durante la micción en las horas y días posteriores.

Tampoco al principio del coito se observan en la mujer adulta los cambios típicos en los labios mayores como aplanamiento, separación y elevación, y es menor la vasodilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esa zona.

Otro cambio es el debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existen menos contracciones de la vagina durante la fase orgásmica; es menor la elevación uterina, fenómeno fisiológico en la fase de meseta orgásmica, y las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y, en ocasiones, dolorosas, por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo, estos sucesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y, por tanto, podemos decir que el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina.

### ***Cambios fisiológicos en el hombre que envejece.***

Alrededor de un 5 por ciento de los hombres que pasan de los 60 años experimentan lo que se conoce como el climaterio masculino. Esta condición viene caracterizada por alguno o por la totalidad, de los siguientes rasgos: cansancio, falta de apetito, disminución del deseo sexual, menoscabo o pérdida de potencia, irritabilidad y dificultad de concentración. Estas alteraciones son imputables a la baja producción de testosterona y pueden solventarse o mitigarse mediante inyecciones de esta sustancia.

No es menos cierto que la edad afecta de diversos modos la fisiología de la respuesta sexual del varón por ejemplo:

- Para lograr la erección del pene necesitan más tiempo y más estimulación directa.
- En conjunto, las erecciones son menos firmes que cuando eran más jóvenes.
- Los testículos se elevan solo parcialmente en relación con el perineo y lo hacen con mayor lentitud que en los varones jóvenes.

- Se reduce la cantidad de semen y disminuye la intensidad de la eyaculación.
- Por lo general se observa una menor necesidad física de eyacular.
- Se prolonga el período refractario, es decir, el espacio de tiempo posterior a la eyaculación en que el hombre es incapaz de lograr una nueva erección y emisión de semen.

Con la edad disminuyen la masa y la fortaleza muscular, por tal motivo suele existir una disminución de la tensión muscular durante la excitación sexual.

En muchas ocasiones los varones que presentan los síntomas anteriormente expuestos, se inquietan y piensan que están enfermos. En otros casos es la esposa quien se siente alarmada. Digamos: muchos hombres de edad gozan del sexo aunque no siempre eyaculen, pero si la compañera no está consciente del proceso fisiológico subyacente, puede llegar a pensar que carece de atractivos o que no es lo bastante diestra como amante.

Algunos hombres, a medida que envejecen, no tienen una idea exacta de como debería ser su vida sexual y pretenden tener erecciones firmes al instante y en todas las situaciones sexuales, y se preocupan cuando no pueden hacer el amor dos veces en una noche. Debido a la errónea interpretación de estos cambios, el hombre de cierta edad es más propenso a mostrar síntomas de angustia anticipatoria sobre su desempeño sexual. **(Sarmiento Gil, 1999)**

Resumiendo se pueden observar cambios entre los géneros en cuanto a aspectos fisiológicos como son en la mujer se observa la disminución de estrógenos, disminución del tamaño de la vagina, se estrecha y pierde elasticidad, menor lubricación de la vagina, menor vaso congestión del clítoris, labios y plataforma vaginal en general, durante la respuesta sexual. Fase de excitación sexual mas lenta, los senos disminuyen de tamaño y turgencia, el orgasmo puede ser mas corto y menos intenso. En el hombre a su vez se observa disminución de la testosterona, disminución de la producción de esperma, erección más lenta, necesita mayor estimulación, y el pene disminuye en turgencia, los testículos se elevan menos y mas lentamente en la respuesta sexual, el periodo refractario se

alarga (puede durar incluso una semana o más). El orgasmo por igual puede entonces ser más corto y menos intenso.

Estas nuevas condiciones fisiológicas, propias del proceso de envejecimiento sexual, en si mismas no suprimen la necesidad y la capacidad para la actividad sexual. Estos cambios normales fisiológicos no influyen para la realización de la actividad sexual pues simplemente se debe readaptar y lo más importante es el conocimiento por los propios ancianos de estos cambios.

Existen también los cambios en la respuesta sexual humana consecuentes al envejecimiento donde se observan diferencias de género también, el deseo tanto en hombre como en la mujer puede ser menor, por razones psicosociales u hormonales, la excitación en ambos necesita mas estímulos, es mas lenta y los cambios son menos vigorosos, en el hombre la excitación puede tener dificultades en la erección y en la mujer puede existir en esta fase dolor en la realización del coito. En la fase orgasmo en el hombre hay menor volumen de eyaculado y en la mujer se mantiene la capacidad de multiorgasmo, y en ambos en esta fase disminuyen las contracciones y son menos vigorosas. En la cuarta y última fase que es la de resolución podemos ver en el hombre que se alarga el tiempo que ha de pasar hasta una nueva erección y en la mujer se describe que no están claras las afectaciones.**(Palacios Jesús,1995)**

Ninguna dificultad fisiológica impide el placer sexual pleno, el placer subjetivo de la respuesta orgásmica no tiene porque disminuir. La respuesta sexual esta afectada por factores afectivos y cognitivos- fantasía, valoración de la relación, grado de intimidad, pasión sexual-. Hay una gran variabilidad de unas personas ancianas a otras. **(López y Olazábal, 1998).**

No podemos pasar por alto el modelo de sexualidad basado en el joven que tanto ha afectado a nuestros ancianos y ancianas cuando lo interiorizan identificando sexualidad con erección y coito y la baja autoestima que les produce no así si se identifica sexualidad con placer sexual donde se cuenta con un gran abanico de posibilidades donde se facilita una sexualidad satisfactoria sin limite de edad. Los ancianos pueden sentir placer y llegar incluso a eyacular sin tener erección por lo

que concluimos que estos dos modelos reflejan posturas diferentes de comprender y vivir la sexualidad y debemos aceptar mejor el modelo basado en el placer ya que da un concepto más amplio con múltiples formas de expresión y se logra por tanto una vida mas placentera.**(Ramos Francisco,1999)**

***Vejez, enfermedad y acción farmacológica de los medicamentos en la sexualidad.***

Indudablemente la tercera edad es la etapa de la vida del ser humano que está más asociada a diversas patologías, muchas de ellas crónicas, que afectan a los ancianos durante años, y que de alguna manera conviven con ellos hasta la muerte, sin ser a veces la causa última de su defunción.

La medicina moderna contribuye en muchos casos a mejorar la calidad de vida sin que por ello pueda evitar efectos indeseables que influyen negativamente en la actividad sexual.

Tanto las enfermedades como los efectos terapéuticos, colaterales y secundarios de los medicamentos pueden llegar a constituirse en factores negativos para el ejercicio de una vida sexual sana que el terapeuta y el médico deberán estudiar atentamente para tratar de subsanar en aquellos casos que así lo permitan.

Las enfermedades físicas y mentales, influyen de manera negativa en la actividad sexual de la pareja mayor. La Diabetes Mellitus es un ejemplo típico de enfermedad crónica que por mecanismos vasculares y neurogénicos puede producir pérdida de la erección y eyaculación retrograda, que es la eyaculación hacia la vejiga por la falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo. La artritis puede dificultar el coito.

Existen medicamentos que afectan la libido y la potencia sexual; son usados habitualmente en estas edades, donde resulta más frecuente la hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares, enfermedades o desajustes psíquicos, y otros. La lista incluye: agentes bloqueadores ganglionares, bloqueadores adrenérgicos y

alfaadrenérgicos (fenosibenzamina, sulfato de guanetidina); pseudos transmisores simpáticos (metildopa); narcóticos (morfina); antidepresivos tricíclicos (imipramina); fenotiazidas (cloropramacina); benzodiazepinas (diazepan) y otros.

El alcoholismo es uno de los factores que más contribuye a deprimir la función sexual y a demorar la eyaculación.

Los cambios hormonales y metabólicos que afectan a todo el organismo y en especial al sistema nervioso central y periférico (disminución de la testosterona y ACTH, temblor extrapiramidal, neuritis alcohólica, déficit vitamínico e hipoglicemia), provocan fácilmente trastornos de la erección en el hombre y deprimen la libido en cualquier edad.

También en estas edades, los excesos en la comida que acompañan con frecuencia a la ingestión de bebidas, pueden disminuir el deseo de realizar el acto sexual, al sentirse la persona físicamente satisfecho o tener temor a realizar el coito después de comidas copiosas, algo no recomendable en hipertensos y cardíopatas.

Las creencias religiosas en algunos grupos sociales o tipos de sociedad pueden ser un freno a la actividad sexual, ya que consideran el sexo como algo pecaminoso, exceptuando su valor reproductivo, o que debe ser limitado dentro de estrictas reglas. Este elemento puede sumarse a los procesos fisiológicos de la edad.

El "temor al desempeño", se observa con frecuencia en el hombre mayor de 60 años en la forma de un miedo a la realización del acto sexual. El temor a fallar, no lograr una buena erección o no hacer un buen papel, sobre todo con una pareja de menos edad, se une a la falsa idea de que la potencia sexual es ahora menos adecuada para exigencias mayores. En la mujer se traduciría por el temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero. **(Sarmientos Gil, 1999)**

***Aspectos relacionados con la salud y la sexualidad.***

El estado de salud es una variable que condiciona el interés y la actividad sexual de los ancianos. Algunos desordenes o enfermedades cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad pueden estar afectando directa o indirectamente. Es decisiva la forma en que el anciano los enfoca y la actuación del profesional sanitario para dar una solución adecuada que permita la continuación de una vida sexual satisfactoria.

Enfermedades cardiovasculares. Las limitaciones que imponen a la sexual, más que reales, se deben a una inadecuada información del paciente sobre sus posibilidades. A veces pueden auto aconsejarse y concluir erróneamente que el sexo es perjudicial optando por una abstinencia total. A menos que haya sufrido un daño severo de las neuronas que intervienen en la excitación sexual, por regla general los pacientes que han tenido ataques cardiovasculares, tras una ligera y temporal disminución de la libido, rápidamente vuelven a su nivel premorbido de funcionamiento (Kalliomaki, 1961).

En casos mas graves como infarto del miocardio y paro cardíaco, la angustia a sufrir una segunda recaída suele provocar un descenso del deseo sexual. Los especialistas asumen un rol crucial a la hora de liberar al paciente de sus miedos e informarles que su actividad sexual es posible.

En general, las recomendaciones del personal que tienen en cuenta las limitaciones físicas y preferencias personales del paciente y su pareja, les facilitan un retorno o mantenimiento de la actividad sexual satisfactorio.

La Diabetes Mellitus es uno de los casos más comunes de impotencia orgánica en el anciano. Puede ser debido a la afectación de los nervios autonómicos responsables para la erección, sin embargo, no se ha encontrado una relación directa entre esta enfermedad y la impotencia (Corby y Solnick, 1980). En las mujeres, este tipo de diabetes aparentemente interfiere menos en la función sexual, aunque algunos especialistas han señalado cambios atróficos en el tejido del útero y los ovarios que no aparecen en otras ancianas sanas de la misma edad. Es básica la ayuda del profesional para que el paciente sea informado sobre otras técnicas sexuales que no limitan su actividad sexual.

Hipertrofia prostática en el varón. Algunos estudios indican que del 5 al 49 % de los hombres experimentan impotencia después de la cirugía transuretral, debida principalmente a la ansiedad provocada por el miedo a perder la potencia sexual.

El asesoramiento del especialista cumple dos objetivos. Primero, informar al paciente sobre la operación y determinar la prognosis sexual después de la misma. En numerosos casos, la ansiedad y el miedo han primado más que la enfermedad y las prótesis quirúrgicas han tenido poco éxito. Por ello, más que buscar la solución en estas, indicadas solo cuando la disfunción orgánica es muy clara, la mayoría de los profesionales afirman que la psicoterapia resulta más adecuada (Felstein, 1983). Segundo, hará saber al paciente anciano y su pareja el uso de técnicas que no necesitan erección total (ejemplo, orgasmos extragenitales).

Los desordenes artríticos o enfermedades del pulmón también pueden requerir modificaciones en la técnica, pero no tienen por que interferir con la función sexual básica.

En cuanto a los trastornos mentales, la depresión está asociada a la ausencia de interés y actividad sexual (Beck, 1968). La ansiedad y el alto grado de estrés mediatizan la actividad sexual, sobre todo si van unidos a determinadas enfermedades. Algunos autores subrayan que el 10% de las impotencias son orgánicas. El resto se debe a estas variables y al miedo a fracasar en la erección. En el estudio de Persson y Svanborg (1992) se concluye que hay un efecto aditivo de factores vasculogénicos (ejemplo, hipertensión) y estrés, lo cual estaría en concordancia con la opinión clínica que una disfunción orgánica parcial tiende a provocar una disminución de la actividad coital solo si hay problemas psicológicos.

Desde otras vertientes, determinados fármacos de uso común entre los ancianos, tienen un impacto en el sistema nervioso autónomo que puede interferir en la función sexual (antihipertensivos) o provocar impotencia (algunos psicotrópicos, en particular los tricíclicos antidepresivos e inhibidores I MAO).

Este efecto adverso tiene un carácter muy idiosincrásico. Las grandes dificultades que experimentan algunos ancianos con dosis bajas contrastan con las altas que otros toleran sin problema. De cualquier forma, es importante un análisis

individualizado y en función del diagnóstico, determinar pros y contras de las diferentes alternativas farmacológicas de cara a paliar la enfermedad y minimizarla iatrogenia.

Algunos hábitos nocivos, como el uso excesivo del alcohol, conllevan problemas en la erección que, a la larga, pueden provocar ansiedad y dar lugar a impotencia psicógena secundaria. En el hombre, el alcoholismo crónico produce atrofia testicular e interrupción de testosterona en el hígado con feminización secundaria **(Rubin, Lieber y Altman, 1976). (Ramos Francisco, 1997)**

A decir del doctor Regino Rodríguez Boti y de la enciclopedia de la sexualidad existen cinco reglas de oro para una sexualidad placentera en la tercera edad y un decálogo de la satisfacción sexual, los cuales pertinentemente aplicados beneficiarían la sexualidad del geronte.

#### **5 REGLAS DE ORO PARA UNA SEXUALIDAD PLACENTERA EN LA TERCERA EDAD.**

- Mantener durante toda la vida una práctica sexual continua y equilibrada. El sexo no se desgasta, sino que con su ejercicio se mantiene adecuadamente el riego sanguíneo de los órganos y sistemas encargados de la reproducción sexual.
- Cuidar el estado de salud general y evitar y controlar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y neurológicas (tabaquismo, alcohol, colesterol y azúcar en sangre).
- Explorar nuevas prácticas sexuales y procurarse una cierta variedad para no caer en la monotonía y el aburrimiento sexual.
- Conocer las variaciones finales que tienen lugar con la edad, asumir los problemas que conllevan y mantener una buena comunicación con la pareja para que estos cambios se acepten y no se mal interpreten.

- Si el coito resulta muy difícil o imposible, adaptarse a una nueva forma de realizarlo. Es la hora de recuperar aptitudes manuales, táctiles posiblemente olvidadas o dejadas de lado durante años en beneficio de la actividad coital.

### **DECÁLOGO DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL.**

- Cada cual es responsable de su erotismo y de alcanzar su propio placer.
- Piense siempre en usted como legítimo poseedor de una sexualidad.
- Hable todo lo que pueda de asuntos sexuales e íntimos con su pareja.
- Sea imaginativo, creativo e innovador en su relación de pareja.
- Disponga siempre de tiempo para reforzar el afecto hacia su pareja.
- Desarrolle y potencie la fantasía sexual y erótica, esta es hasta hoy el mejor de los afrodisíacos.
- No espere siempre por la aparición del deseo para disponerse a tener relaciones sexuales.
- Adecué sus expectativas sexuales a su realidad en cada momento de la vida.
- No le de un tono de excesiva seriedad a su vida sexual.
- Mantenga su vida sexual lo más activa posible.

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

## **ESTRATEGIA GENERAL DEL TRABAJO**

### **SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRAS**

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

### **DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS Y MÉTODOS EMPLEADOS**

### **PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

### **PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO**

En este capítulo se ofrece la caracterización del objeto de la investigación, la conformación de los grupos muestrales, la metodología utilizada; también se explican las técnicas e instrumentos empleados y el procedimiento de aplicación y de análisis.

#### ***Estrategia general del trabajo.***

Para dar cumplimiento a las tareas científicas de este estudio se tuvo en cuenta el procedimiento general del trabajo que costó de cuatro etapas:

- Revisión general de las Historias Clínicas Geriátricas del Centro Iberoamericano para la Tercera Edad en la sala de Geriatria del Hospital “Celestino Hernández Robau” y en el círculo de abuelos perteneciente al consultorio médico de familia 75-1 del policlínico “Ramón Pando Ferrer”.
- Selección de la muestra
- Diseño y ejecución de la metodología de evaluación psicológica para evaluar autopercepción de la sexualidad, autoestima y autovaloración de los grupos de estudio.
- Análisis de los resultados de la investigación.
  - Familiarización con la información brindada por los sujetos en estudio.
  - Calificación de las pruebas utilizadas.

### **SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el contexto del Hospital Dr. Celestino Hernández Robau” y en el consultorio medico de la familia 75-1

perteneciente al Policlínico Ramón Pando Ferrer ubicado en la ciudad de Santa Clara, provincia Villa Clara de abril del año 2005 a febrero del año 2006.

Del total de la población de pacientes que ingresaron en un mes en el servicio de geriatría 76 pacientes, se tomó una muestra de 20, que constituyó el grupo de estudio y representó el 26,3% de los pacientes y del total de la población geriátrica 62 pacientes del C-M-F 75-1 se tomó una muestra de 20 pacientes más que integraban el círculo de abuelos que a su vez constituyó el grupo testigo y representó el 32,2% de los pacientes. La muestra total conformada por 40 pacientes geriátricos se tomó mediante un muestreo no probabilístico intencional.

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta que ambos grupos tuvieran la misma cantidad de gerontes de diferentes sexos y variación de edades geriátricas y además cumplieran con los siguientes requisitos:

**Criterio de inclusión:**

- Que fueran mayores de 60 años.
- Que fueran de diferentes géneros.
- Dispuestos a cooperar en el estudio.
- Que los del consultorio Médico de familia pertenecieran al círculo de abuelos.

**Criterio de exclusión:**

- Los reportados de grave.
- Los discapacitados.
- Los que presentaban algún tipo de demencia.
- Los que presentaban trastornos psiquiátricos.
- Los que no deseaban continuar con la investigación.

La diferencia entre estos dos grupos está en que en el grupo estudio, que son los institucionalizados todos estaban enfermos y los del grupo testigo, que son los del

circulo de abuelos podían estar también enfermos, pero con enfermedades compensadas y activos en el curso de la investigación.

Teniendo en cuenta la edad, el sexo, el color de la piel, el nivel escolar, y el estado civil por subgrupos de edades la muestra quedó conformada de la siguiente forma:

**Tabla I Distribución de la muestra por subgrupo de edad y sexo.**

**grupo\_edad \* sexo biologico \* procedencia Crosstabulation**

Count

procedencia			sexo biologico		Total
			masculino	femenino	
Institucionalizados	grupo_edad	Adulto Mayor	5	7	12
		Anciano	0	1	1
		Mayor Joven	5	2	7
	Total	10	10	20	
Círculos de Abuelos	grupo_edad	Adulto Mayor	2	2	4
		Anciano	2	0	2
		Mayor Joven	3	11	14
	Total	7	13	20	

**Fuente: Cuestionario**

**Tabla 2 Distribución de la muestra por subgrupo de edad y color de la piel.**

**grupo\_edad \* color de piel \* procedencia Crosstabulation**

Count

procedencia			color de piel		Total
			blanco	negro	
Institucionalizados	grupo_edad	Anciano	0	1	1
		Adulto Mayor	9	3	12
		Mayor Joven	5	2	7
	Total	14	6	20	
Círculos de Abuelos	grupo_edad	Anciano	2	0	2
		Adulto Mayor	2	2	4
		Mayor Joven	12	2	14
	Total	16	4	20	

**Fuente: Cuestionario**

**Tabla 3 Distribución de la muestra según subgrupo de edad y estado civil.**

grupo\_edad \* estado civil \* procedencia Crosstabulation

Count			estado civil				Total
procedencia	grupo_edad		soltero	casado	viudo	divorciado	
Institucionalizados	grupo_edad	Anciano	0	0	0	1	1
		Adulto Mayor	1	4	4	3	12
		Mayor Joven	3	3	1	0	7
	Total	4	7	5	4	20	
Círculos de Abuelos	grupo_edad	Anciano	0	1	1	0	2
		Adulto Mayor	0	2	2	0	4
		Mayor Joven	1	10	2	1	14
	Total	1	13	5	1	20	

**Fuente: Cuestionario**

**Tabla 4 Distribución de la muestra según subgrupo de edad y nivel escolar.**

grupo\_edad \* nivel escolar \* procedencia Crosstabulation

Count			nivel escolar				Total
procedencia	grupo_edad		ninguna	primario	secundario	pre-universitario	
Institucionalizados	grupo_edad	Anciano	0	0	1	0	1
		Adulto Mayor	2	7	1	2	12
		Mayor Joven	0	5	2	0	7
	Total	2	12	4	2	20	
Círculos de Abuelos	grupo_edad	Anciano	0	1	1	0	2
		Adulto Mayor	0	3	0	1	4
		Mayor Joven	1	4	4	5	14
	Total	1	8	5	6	20	

**Fuente: Cuestionario**

Observamos que en el grupo de institucionalizados se comporta de igual forma el sexo y predomina el subgrupo de adultos mayores, mientras que en los del círculo de abuelos predomina el sexo femenino y el subgrupo de mayor joven, que a su vez conforman el mayor porcentaje en la muestra (21). En ambos grupos predomina el color de la piel blanco y el nivel escolar primario, solo 3 pacientes no tenían nivel escolar 2 del grupo estudio y 1 del grupo testigo. La mitad eran casados, 10 viudos y 5 divorciados y solteros respectivamente.

#### **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:**

- Ancianos: persona de más de 80 años de edad.
- Adulto mayor: persona de 70 a 79 años.
- Mayor joven: persona de 60 a 69 años.
- Estados clínicos: Formas clínicas de representar el estado de un paciente, diferentes patologías asociadas.
- Autopercepción de la sexualidad: Forma de percibirse positiva o negativamente ante diferentes indicadores de sexualidad. índice establecido entre los indicadores.
- Géneros: Categoría que designa la diferencia de sexos femenina o masculino.

La investigación tiene un paradigma postpositivista porque se combina lo cuantitativo y lo cualitativo.

Lo cuantitativo: se basa en la teoría positivista del conocimiento, la cual modela prácticamente en el esquema de las ciencias naturales, intenta describir y explicar los eventos, los procesos y los fenómenos del mundo social de forma que se puedan llegar a formular las generalizaciones que existen objetivamente.

Lo cualitativo: se basa en el paradigma de las ciencias sociales e intenta recuperar el contexto y las dimensiones humanas del fenómeno mediante una estrategia de intervención cualitativa, para lo cual utiliza de forma predominante el lenguaje de las palabras y un enfoque naturalista, no intrusivo e inductivo. El énfasis radica en

entender el mundo desde el punto de vista de los actores, desde el interior del fenómeno (Farell, Egaña, y Fernández, 2003)

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en este estudio se utilizarán las siguientes técnicas para la recogida de la información necesaria:

1. Revisión de la Historia Clínica Geriátrica.
2. Aplicación del cuestionario.
3. Inventario de autoestima de Coopersmith.
4. Inventario de autovaloración de Dembo Rubinstein.

### **DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS Y MÉTODOS EMPLEADOS.**

**La revisión de la Historia Clínica Geriátrica** que constituye la piedra angular de la práctica geriátrica, se realizó mediante la Historia Clínica del Centro Iberoamericano de la tercera edad midiendo fundamentalmente la unidad de evaluación geriátrica que consta de cuatro componentes básicos:

- ❖ La evaluación funcional
- ❖ La evaluación biomédica
- ❖ La evaluación psicológica
- ❖ La evaluación social

La evaluación geriátrica es la evaluación multidimensional, usualmente multidisciplinaria en la cual son descubiertos, descritos, y explicados si es posible los múltiples problemas de las personas mayores y en la cual se catalogan los recursos y las fuerzas de los mismos.

Se evalúa la necesidad de servicio y se desarrolla un plan de cuidados coordinados para concentrar las intervenciones en los problemas de estas personas. (Prieto R.O, 1996)

La salud del adulto mayor se mide por lo tanto en grados de funcionalidad o equilibrio biopsicosociofuncional que se ve en el entorno de la continuidad por lo

que se hace imprescindible el modo y estilo de vida así como sus expectativas de vida.

**Cuestionario:** Método que explora el canal de la información verbal el cual tiene una notable aplicación en las ciencias sociales. Este método permite la recogida de información mediante preguntas organizadas en un formulario impreso, se obtienen respuestas que reflejan conocimientos, opiniones, intereses, necesidades, actitudes o intenciones de un grupo más o menos amplio de personas; a través del cuestionario se pretende conocer la situación general y no las cosas particulares.

En esta investigación el cuestionario se aplica con la finalidad de recoger información relacionada con el estado clínico del paciente y su autopercepción de la sexualidad.

#### **Inventario de autoestima de Coopersmith.**

Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima. Tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos y esta conformado por 25 proposiciones (Ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa.

Se califica otorgando un punto en aquellos Ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente, estos Ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19,20. Cuando el sujeto contesta “no”, en alguno de ellos, se le da 0 en la puntuación de ese ítem. Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total.

Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

-Nivel alto de autoestima: los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje entre 19 y 24 puntos. Los mismos obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan felicidad, eficiencia, confianza en si mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales favorables, expresando una

conducta desinhibida en grupos, sin centrarse en si mismos ni en sus propios problemas.

*Nivel medio de autoestima:* los sujetos que se clasifican en este nivel son los que fluctúan entre 13 y 18 puntos. Los mismos presenta características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro.

*Nivel bajo de autoestima:* los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos. Obtienen pocos puntos en los Ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos anteriormente. En este sentido los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en si mismo y en sus problemas particulares, temerosos de expresarse en grupos donde su estado emocional depende de los valores y exigencias externas.

### **Escala Dembo-Rubinstein**

Fue creada por la norteamericana Thelma Dembo basada en una prueba de la especialista Susana Rubinstein. Se utiliza para conocer la tendencia auto valorativa del sujeto.

Las categorías utilizadas fueron:

- Felicidad: satisfacción o insatisfacción personal.
- Relaciones interpersonales: facilidad o dificultad para establecer relaciones con sus coetáneos.
- Inteligencia: capacidad de entender o comprender, conocimiento, habilidad y destreza.
- Sexo: placer venéreo, se refiere a besos, caricias, coito.
- Autoestima: apreciación, estimación o evaluación de si mismo.
- Salud: estado de bienestar físico y mental

Se presenta una línea vertical de aproximadamente 15 centímetros de longitud, por ejemplo: Salud. Se le dice al sujeto:

Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo, en la parte superior (señalar) se encuentran las personas más saludables, y en la parte inferior las enfermas. Tu debes marcar con una cruz (x) donde está tu lugar entre todas las personas, teniendo en cuenta tu estado de salud. Si eres sana te colocas arriba, si eres enfermo debajo y si te sientes no muy mal en el centro. Puedes utilizar cualquier parte del segmento, según la apreciación que tengas del lugar que debes ocupar al analizar cada categoría.

(Si es necesario se repetirán las instrucciones o se explicarán con otras palabras para garantizar su comprensión. Luego, se le presenta en una hoja de papel la primera categoría a evaluar. Se le pone una tarea análoga y al culminarla se le agrega la siguiente hasta llegar a la última. Las categorías evaluativas serán: Felicidad, relaciones interpersonales, inteligencia, sexo, autoestima y salud. Al concluir esta tarea, se inicia la conversación con el sujeto, en dependencia de cómo se ubica con respecto a cada parámetro.

Ejemplo de preguntas por indicador (se adecuarán a cada uno de ellos)

#### *Salud*

¿Qué es para ti una persona saludable?

¿Cómo te percibes teniendo en cuenta tu estado de salud?

¿Qué sientes hacia ti sobre la base de la salud que dices tener?

¿Cómo influye para ti el sentirte con salud o enfermo?

### **PROCEDIMIENTO GENERAL EN LA INVESTIGACIÓN**

La aplicación de cada prueba se realizó de modo individual y consecuente con la aspiración de lograr la mayor profundización en el estudio de los estados clínicos y la autopercepción de la sexualidad en los gerontes.

Se realizó en un lugar con iluminación, ventilación y privacidad adecuada, considerando los objetivos de cada técnica y método empleado así como sus secuencias de manera que se logre un balance entre ellos.

Se organizaron cuatro sesiones de trabajo para evitar que los pacientes se sintieran exhaustos y alcanzar resultados más confiables teniendo en cuenta las características particulares de estos gerontes.

Después de definir los objetivos del trabajo se pidió el consentimiento informado para participar en dicha investigación y se procedió a las distintas sesiones de trabajo tomando en cuenta en la selección de la muestra el criterio del equipo multidisciplinario de atención geriátrica de cada institución donde se seleccionó la muestra.

### **Sesiones de trabajo.**

**Primera:** se revisó la Historia Clínica Geriátrica de cada uno de los 40 pacientes a evaluar.

**Segunda:** se aplicó el cuestionario a todos los pacientes de la muestra con nivel de ayuda en varios casos para la correcta interpretación de las preguntas y a algunos pacientes se les escribió en el cuestionario las respuestas por no saber escribir legible o déficit visual.

**Tercera:** se aplicó el inventario de autoestima.

**Cuarta:** se aplicó el inventario de autovaloración.

### **PROCESAMIENTO ESTADISTICO.**

Para el análisis estadístico matemático se empleó una combinación entre el paquete estadístico SPSS para WINDOWS y EXCEL para la realización del tratamiento de estadística descriptiva e inferencial.

En el primer caso se realizó análisis porcentual, tablas de contingencias y determinación de índices con sus correspondientes gráficos.

El número índice es una magnitud estadística que nos permite estudiar los cambios que se producen en una magnitud simple o compleja con respecto al

tiempo o al espacio; es decir, vamos a comparar dos situaciones donde una de las cuales se considera de referencia.

Los índices permiten determinar tendencias de comportamiento de los indicadores en individuos, o colectivos. Su valor oscila entre 0 y 1

Los indicadores con los que se trabajó para hallar el índice de autopercepción de la sexualidad fueron los siguientes:

- ✓ Relación entre la sexualidad y su enfermedad.
- ✓ Formas de expresión de la sexualidad.
- ✓ Repercusión de la sexualidad activa en el adulto mayor.
- ✓ Criterio de vida de la sexualidad.
- ✓ Interés por el sexo.

En el segundo caso se trabajó con tablas cruzadas y su correspondiente análisis Chi cuadrado para determinar el nivel de significación entre dos muestras independientes. Se trabajó con una significación de 0,05 y se realizó sobre la base de rechazar o aceptar la hipótesis nula planteada:

$H_0$ = no existen diferencias significativas.

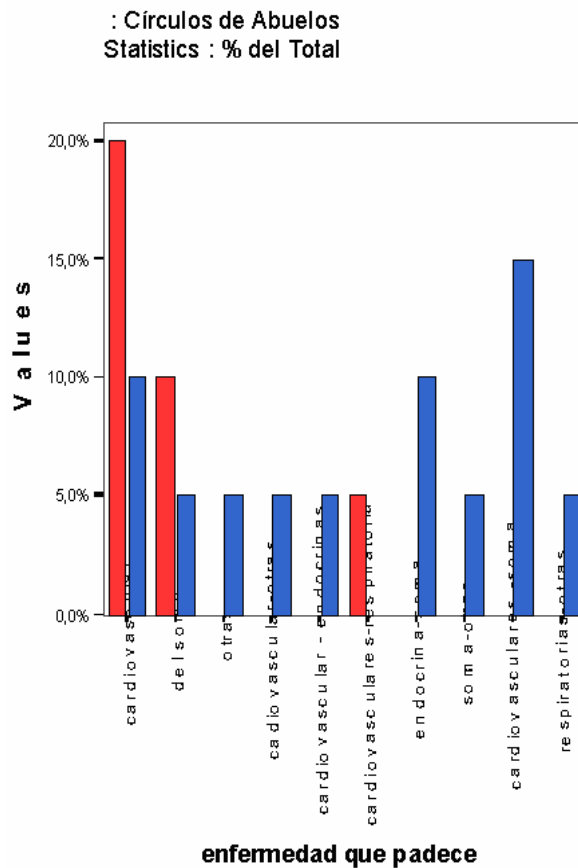
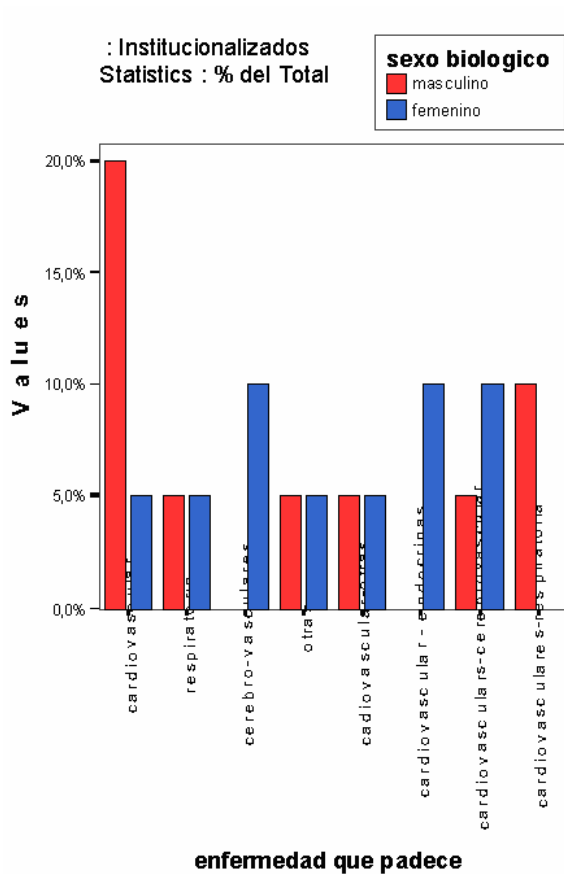
## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

### **Revisión de la Historia Clínica Geriátrica**

En la revisión de las Historias Clínicas Geriátricas observamos que existen diferencias significativas en cuanto a las enfermedades presentes, ya que en el grupo de los institucionalizados se encontraban ausentes las enfermedades del

soma, endocrinas y soma, soma y otras, cardiovasculares y soma, mientras que en el grupo del círculo de abuelos las que se encontraban ausentes eran las enfermedades respiratorias y las cerebrovasculares, lo que demuestra la presencia de una mayor diversidad de patologías en el grupo del círculo de abuelos. Por otra parte las enfermedades cardiovasculares son las más frecuentes en ambos grupos con predominio del sexo masculino y en el resto de las patologías un comportamiento similar en ambos grupos y sexos, a predominio de enfermedades crónicas lo que reafirma lo planteado por Boti (2003) y otros autores sobre el aumento de padecer enfermedades crónicas en los adultos mayores, lo que se refleja en los gráficos siguientes.

Graficos: 1y 2. Comportamiento de las enfermedades por sexo en gerontes estudiados.



Fuente: Historia Clínica Geriátrica

## Cuestionario

Los resultados obtenidos en esta técnica permiten relacionar los aspectos más relevantes de la sexualidad en la muestra estudiada partiendo de la descripción de enfermedades presentes en los mismos lo cual se puede apreciar en las tablas y gráficos que a continuación se muestran.

**Tabla 5 Relación entre la enfermedad y la percepción de la sexualidad.**

sexo biologico \* relacion sexualidad enfermedad \* procedencia Crosstabulation

% within sexo biologico

procedencia			relacion sexualidad enfermedad			Total
			ninguna	alguna	mucho	
Institucionalizados	sexo biologico	masculino	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%
		femenino	100,0%			100,0%
Total			80,0%	15,0%	5,0%	100,0%
Círculos de Abuelos	sexo biologico	masculino	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
		femenino	46,2%	30,8%	23,1%	100,0%
Total			35,0%	40,0%	25,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

procedencia		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Institucionalizados	Pearson Chi-Square	5,000 <sup>a</sup>	2	,082
	Likelihood Ratio	6,556	2	,038
	Linear-by-Linear Association	4,130	1	,042
	N of Valid Cases	20		
Círculos de Abuelos	Pearson Chi-Square	2,166 <sup>b</sup>	2	,339
	Likelihood Ratio	2,336	2	,311
	Linear-by-Linear Association	1,023	1	,312
	N of Valid Cases	20		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

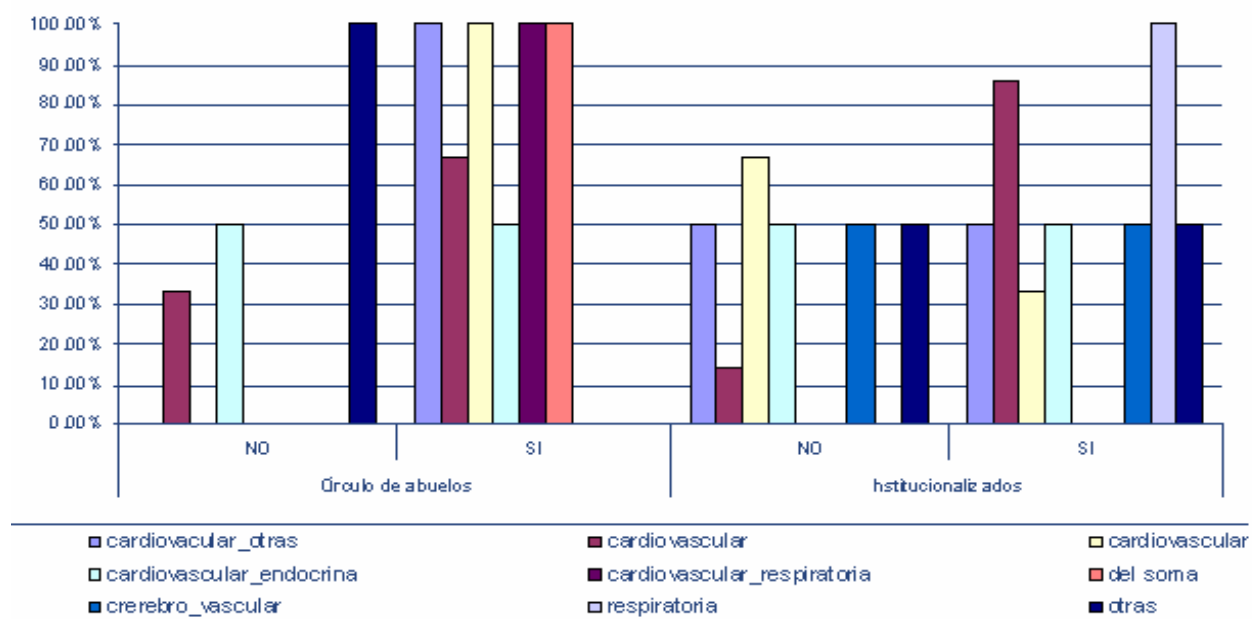
b. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,75.

**FUENTE: Cuestionario**

En esta tabla se observa que existen diferencias significativas en ambos grupos lo que habla a favor de una relación directa entre ambos aspectos en el grupo

estudio, no así en el grupo testigo a pesar de existir mayor diversidad de enfermedades en ellos. En el sexo femenino el mayor % no guarda ninguna relación entre sexualidad y enfermedad por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y estos datos coinciden con lo planteado por diferentes autores que plantean que las limitaciones de la sexualidad se deben a una inadecuada información del paciente sobre sus posibilidades y no alas enfermedades presentes. Regino Rodriguez Boti plantea que estas enfermedades no son un impedimento para mantener una sexualidad intensa.

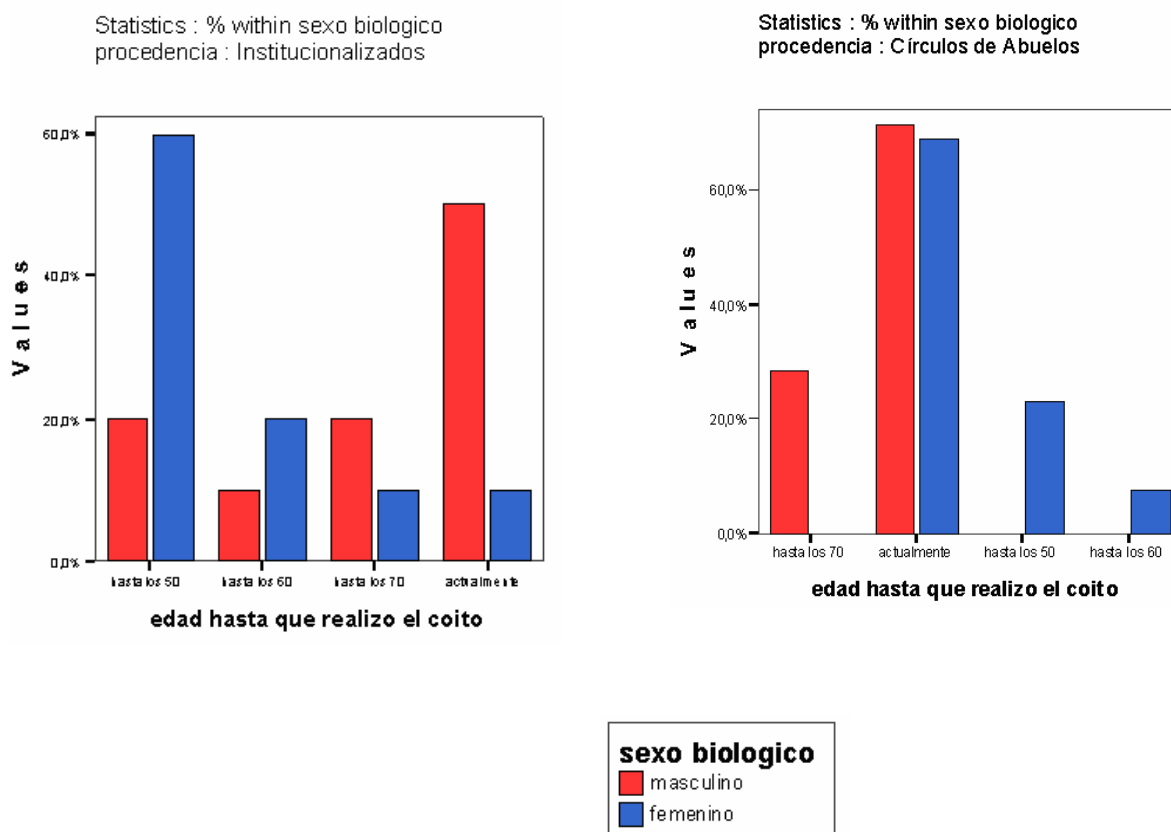
**Gráfico 3: Relación de enfermedades y satisfacción con la vida sexual.**



**FUENTE: Cuestionario**

Con respecto a la relación de las enfermedades y la satisfacción con la vida sexual podemos apreciar en el gráfico anterior que coincidente con los resultados en la tabla 5 los institucionalizados establecen un vínculo directo entre la enfermedad y la no satisfacción con la vida sexual, no así los del círculo de abuelos que a pesar de presentar mayor número de enfermedades manifiestan un nivel de satisfacción con la vida sexual elevado, reafirmando lo planteado por Osvaldo Prieto (1996) de que distintas personas con la misma enfermedad pueden tener una repercusión diferente sobre su validismo.

**Gráficos 4 y 5. Edad hasta que realizaron el coito por sexo.**



**Fuente: Cuestionario**

En estos dos gráficos anteriores se ilustran las edades hasta que realizaron el coito reflejándose que en el grupo de institucionalizados los del sexo masculino lo realizaron hasta la actualidad en su mayor porcentaje y los del sexo femenino hasta los 50 años el mayor porcentaje, no así en el grupo del círculo de abuelos que las respuestas de ambos sexos fueron hasta la actualidad lo que avala lo planteado por autores como Félix Lopez de la universidad de Salamanca en España y Miguel A Valdez(1997) de que los límites de la sexualidad comienzan con el nacimiento y concluyen únicamente con la muerte. Alfred Kinsey y sus colaboradores (1894-1956) que fueron los primeros en estudiar el tema comprobaron que la actividad sexual continuaba hasta edades bien avanzadas

**TABLA 6: FRECUENCIA CON QUE REALIZAN EL COITO POR SEXOS**

sexo biologico \* frecuencia con que realiza el coito \* procedencia Crosstabulation

% within sexo biologico

procedencia						
		semanal	quincenal	mensual	trimestral	nunca
Institucionalizados	masculino	10,0%			30,0%	60,0%
	femenino			20,0%		80,0%
Círculos de Abuelos	masculino	14,3%	42,9%		14,3%	28,6%
	femenino	38,5%	23,1%	7,7%		30,8%

**Chi-Square Tests**

procedencia		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Institucionalizados	Pearson Chi-Square	6,286 <sup>a</sup>	3	,099
	Likelihood Ratio	8,604	3	,035
	Linear-by-Linear Association	,408	1	,523
	N of Valid Cases	20		
	Círculos de Abuelos	Pearson Chi-Square	3,883 <sup>b</sup>	4
Likelihood Ratio		4,535	4	,338
Linear-by-Linear Association		,238	1	,626
N of Valid Cases		20		

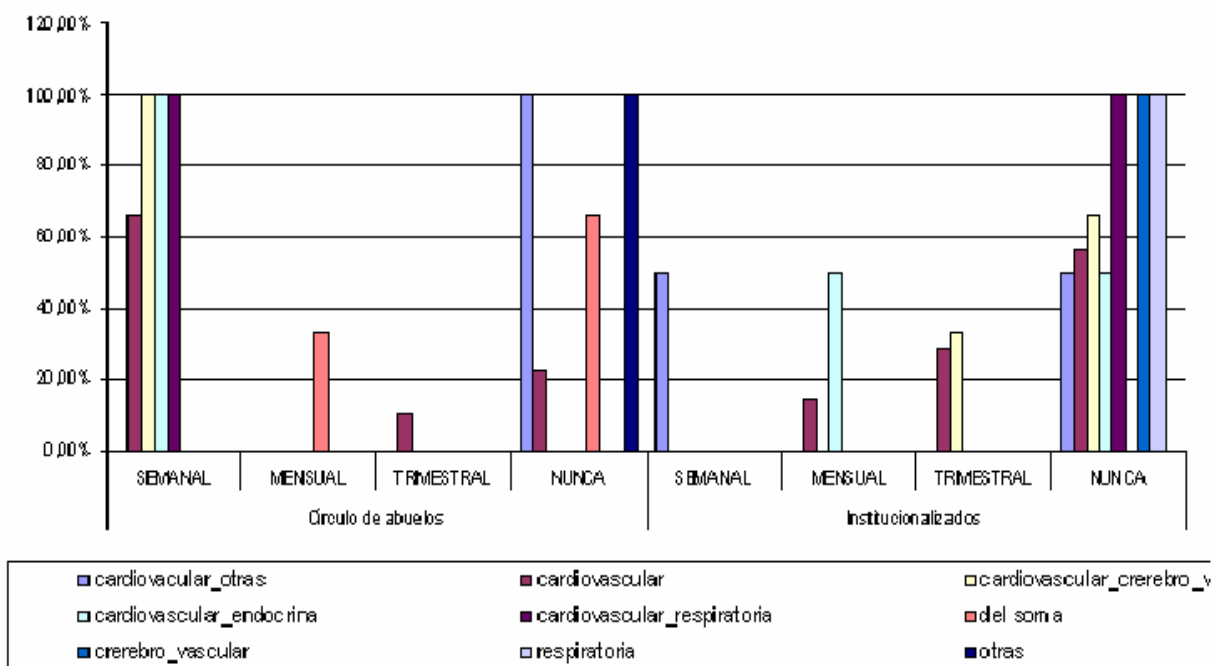
a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. 10 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

**FUENTE: Cuestionario**

Al analizar esta tabla 6 se evidencia la coincidencia entre hombres y mujeres en el grupo estudio que refieren como “nunca” la mayor frecuencia con que realizan el coito, siendo significativa la diferencia con el grupo testigo donde los hombres refieren en su mayoría una frecuencia quincenal y las mujeres semanal por lo que se rechaza  $H_0$ , estableciendo correspondencia con lo planteado por Sarmientos Gil 1999 quien refiere que debido a la errónea significación de los cambios fisiológicos ocurridos en el hombre es más propenso a mostrar angustia anticipatorio sobre su desempeño sexual y Alfred Kinsey observó como tanto en hombres como en las mujeres disminuye la frecuencia con que realiza el coito al aumentar la edad.

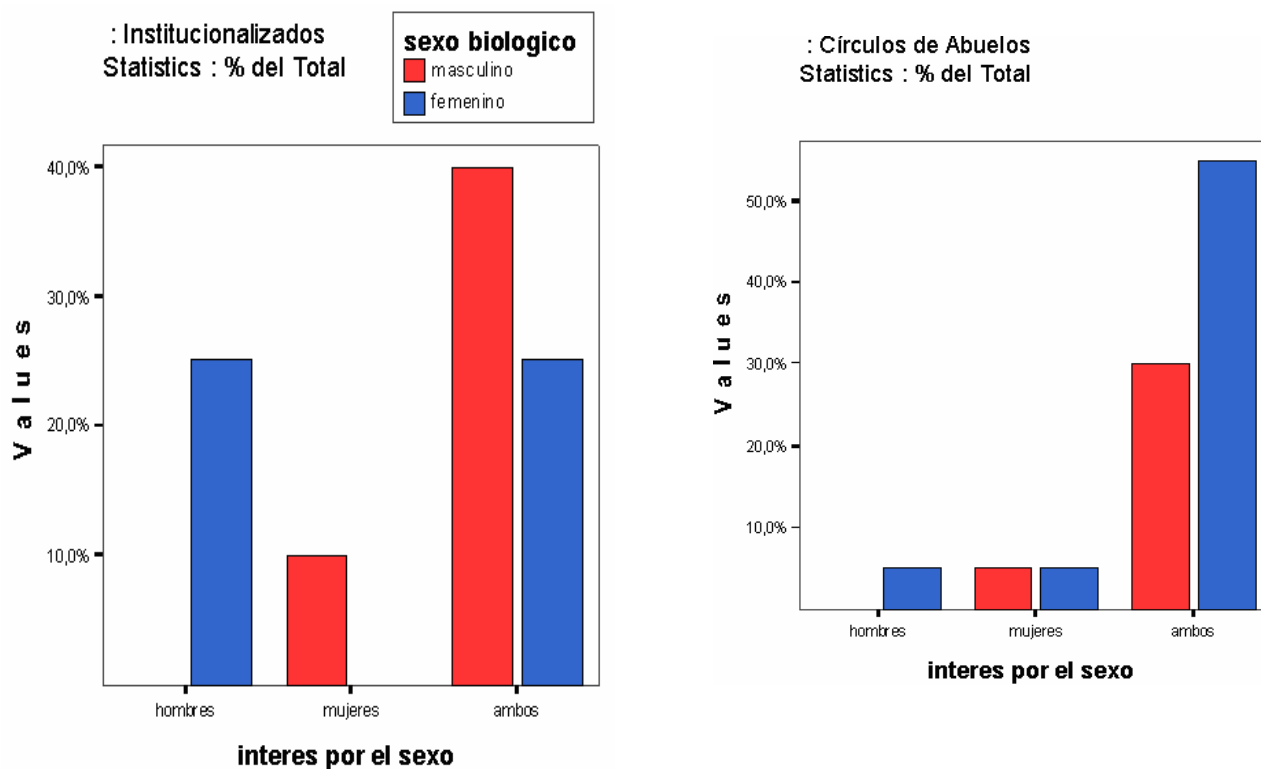
**GRAFICO 6. ENFERMEDADES Y FRECUENCIA DEL COITO**



**FUENTE:** Cuestionario

Con relación a la enfermedad y la frecuencia del coito anteriormente descrita el gráfico 6 muestra como las enfermedades presentes en el grupo del círculo de abuelos con frecuencia del coito semanal que fueron las que más se marcaron son las más diversas y del 100% de incidencia dentro de las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares- cerebrovasculares, cardiovasculares-endocrinas y cardiovasculares-otras, mientras que en los institucionalizados los de mayor frecuencia que fue nunca presentaban por igual gran diversidad de enfermedades con el 100% de incidencia donde se encuentran las cardiovasculares, cardiovasculares-respiratorias y las respiratorias lo que se corresponde con lo planteado por Francisco González Ramos(1997) al planear que las enfermedades pueden llegar a constituir factores negativos para una vida sexual sana, donde el médico juega un papel fundamental explicando al paciente como solucionar adecuadamente sus problemas de salud permitiéndole la continuación de su vida sexual satisfactoria pues estos pacientes presentan una inadecuada información sobre como enfrentar la patología y seguir con su vida sexual sin dificultades.

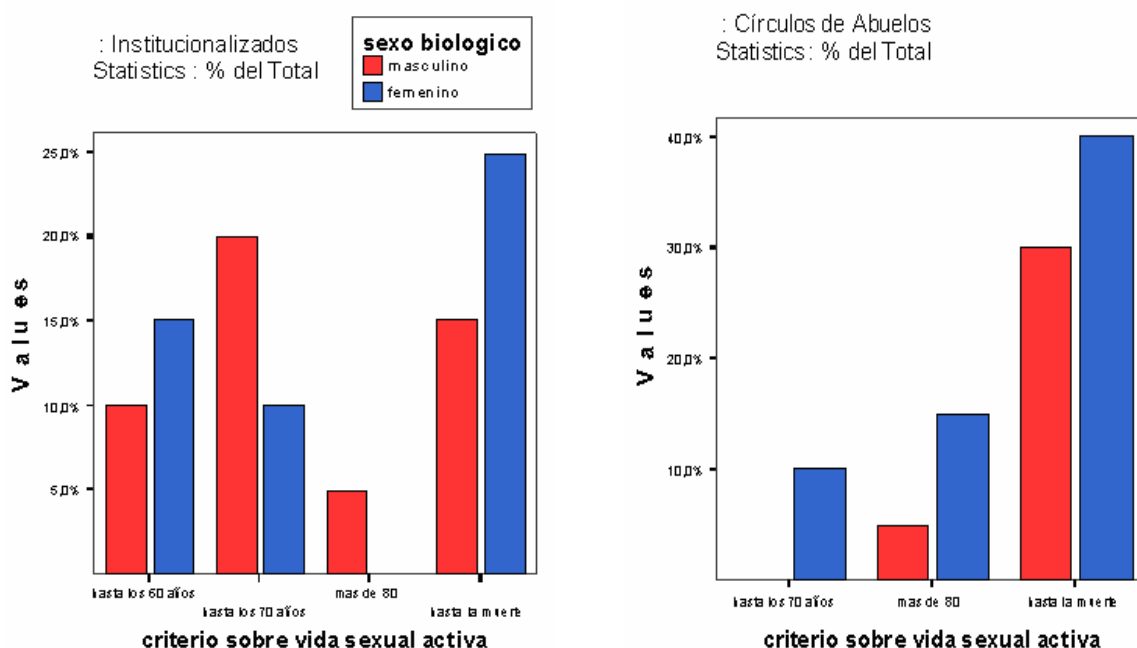
**Gráfico 7 y 8. Comportamiento del interés sexual según género.**



FUENTE: Cuestionario.

En estos gráficos se muestra claramente la diferencia significativa que existe entre los grupos por lo que se rechaza Ho ya que en el grupo de estudio las respuestas más abiertas fueron de los hombres refiriendo que ambos sentían igual interés y las mujeres en igual por ciento contestaron que los hombres y ambos por igual mostraban interés por el sexo, no así en el grupo del círculo de abuelos que por el contrario las mujeres en su mayor por ciento respondieron que ambos, y los hombres por su parte sólo el 30% con igual respuesta, esto avala lo referido por Regino R. Boti(2003) que plantea que el roce social condiciona menos tabúes, ideas estereotipadas y preconcebidas y menor número de falsas creencias de ambos sexos pues al hombre generalmente siempre se le ha considerado con facultades para hablar de sexo y no así en la mujer.

**Gráfico 9 y 10. Criterios sobre la vida sexual activa en ambos grupos estudiados.**



**FUENTE:** Cuestionario.

El criterio sobre la vida sexual activa en ambos grupos se comportó igual ya que fueron las mujeres las que respondieron que hasta la muerte, resaltándose en mayor porcentaje las respuestas positivas en el grupo testigo lo que se corresponde con lo planteado anteriormente por Boti(2003).

**Tabla 7 Formas de expresión de la sexualidad en la muestra por géneros**

sexo biologico \* formas de expresion de la sexualidad \* procedencia Crosstabulation

% within sexo biologico

procedencia	formas de expresion de la sexualidad						Total
	besos	caricias	abrasos	coito	besos ,abrasos , caricias	todos	
Institucionalizado sexo biologico masculino			10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	100,0%
femenino				50,0%	20,0%	30,0%	100,0%
Total			5,0%	40,0%	20,0%	35,0%	100,0%
Círculos de Abue sexo biologico masculino				42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
femenino	7,7%	7,7%		15,4%	15,4%	53,8%	100,0%
Total	5,0%	5,0%		25,0%	15,0%	50,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

procedencia		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Institucionalizados	Pearson Chi-Square	1,643 <sup>a</sup>	3	,650
	Likelihood Ratio	2,035	3	,565
	Linear-by-Linear Association	,051	1	,821
	N of Valid Cases	20		
Círculos de Abuelos	Pearson Chi-Square	2,564 <sup>b</sup>	4	,633
	Likelihood Ratio	3,131	4	,536
	Linear-by-Linear Association	,051	1	,821
	N of Valid Cases	20		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. 9 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

**FUENTE: Cuestionario.**

Afirmando lo planteado en los gráficos 9 y 10 en la tabla 7 se observa como en el grupo del círculo de abuelos eran más amplias las formas de expresión de la sexualidad incluyendo besos, caricias, coito y todas, no así en el grupo de institucionalizados que no incluyen esos y caricias entre sus respuestas; aquí se acepta  $H_0$ , lo que se corresponde con la definición de Sexualidad Geriátrica dado por Lidia NC (2002) donde relaciona todas las formas de expresión vinculadas a esta definición y se corresponde también por lo planteado en el capítulo teórico aclarando que sexo no es solamente realización del coito y todas estas variables constituyen expresiones sexuales de riqueza no despreciables.

**Tabla 8 Preocupaciones relacionadas con el sexo en la muestra por géneros**

sexo biologico \* preocupaciones relacionadas con el sexo \* procedencia Crosstabulation

% within sexo biologico

procedencia	preocupaciones relacionadas con el sexo							Total
	ausencia orgasmo	escasa lubricacion	deseo disminuido	combinacion 1,2,4,6	combinacion ,3,4,6	combinacion 2,4,5,6	combinacion 1,5	
Institucionalizad sexo biologi masculino	10,0%	20,0%	20,0%	10,0%	10,0%	20,0%	10,0%	100,0%
femenino			10,0%	70,0%	20,0%			100,0%
Total	5,0%	10,0%	15,0%	40,0%	15,0%	10,0%	5,0%	100,0%
Círculos de Abu sexo biologi masculino			42,9%	28,6%		14,3%	14,3%	100,0%
femenino			69,2%	7,7%	15,4%		7,7%	100,0%
Total			60,0%	15,0%	10,0%	5,0%	10,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

procedencia		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Institucionalizados	Pearson Chi-Square	11,167 <sup>a</sup>	6	,083
	Likelihood Ratio	14,059	6	,029
	Linear-by-Linear Association	1,319	1	,251
	N of Valid Cases	20		
Círculos de Abuelos	Pearson Chi-Square	4,982 <sup>b</sup>	4	,289
	Likelihood Ratio	5,810	4	,214
	Linear-by-Linear Association	1,106	1	,293
	N of Valid Cases	20		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. 9 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

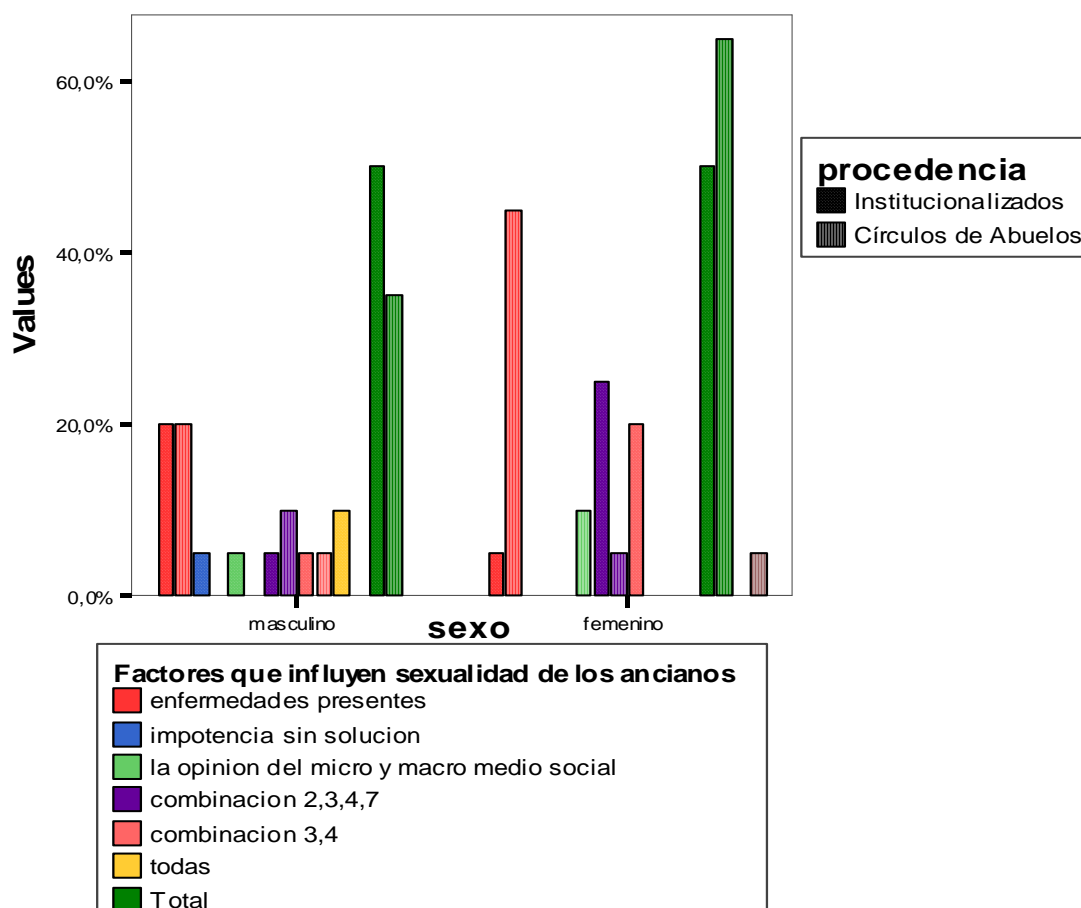
**FUENTE: Cuestionario.**

Aquí se muestra como el grupo de institucionalizados es el que presenta mayor número de preocupaciones por el sexo, rechazándose Ho.

**Gráfico 11 Factores que influyen en la sexualidad de los ancianos de la muestra por géneros**

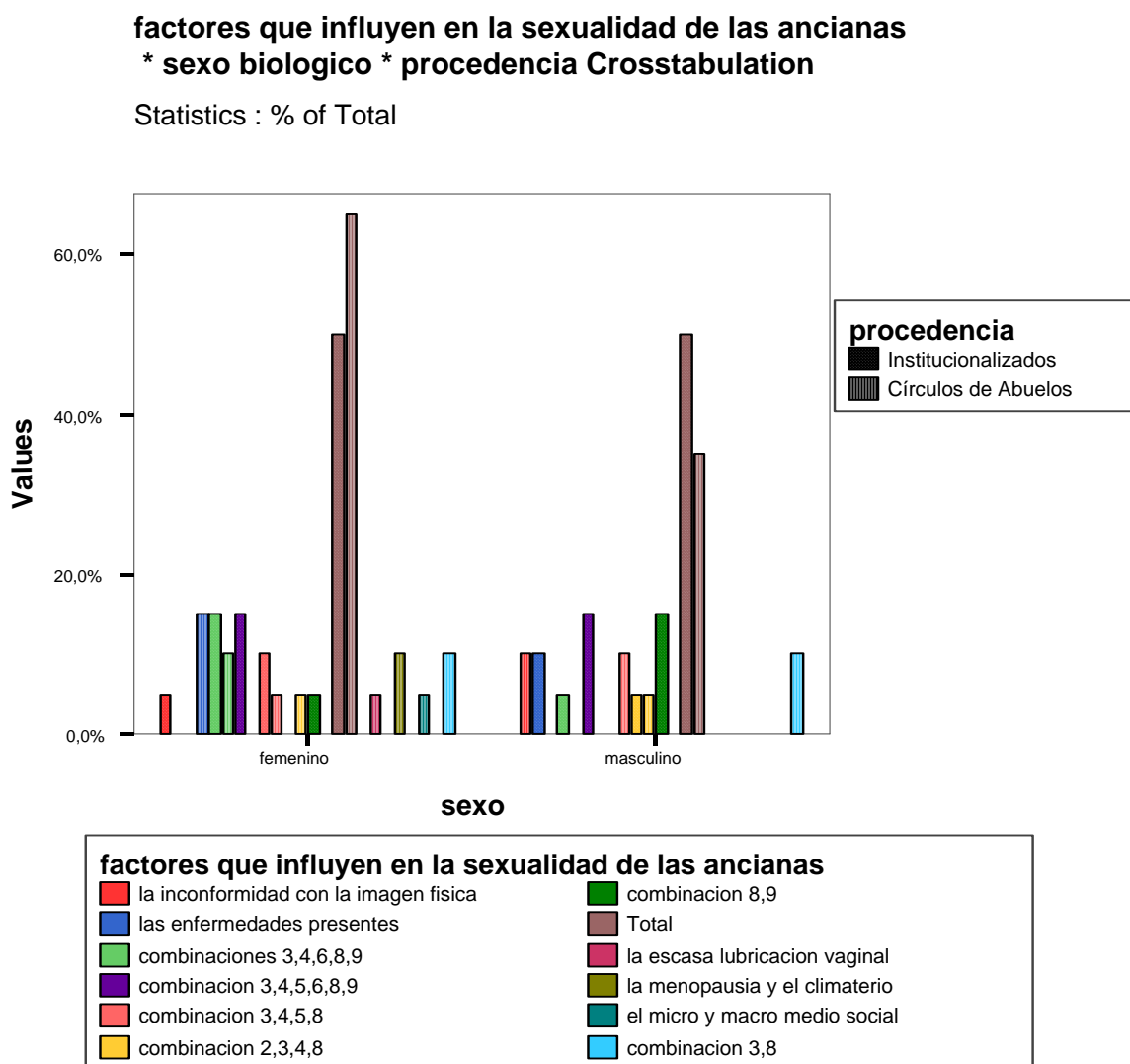
**factores que influyen sexualidad de los ancianos  
\* sexo biológico \* procedencia Crosstabulation**

Statistics : % of Total



FUENTE: Cuestionario.

Gráfico 12 factores que influyen en la sexualidad de las ancianas de la muestra.



FUENTE: Cuestionario.

Aquí se muestra en estos dos gráficos anteriores como las mujeres en ambos grupos fueron las que respondieron un mayor número de factores que influyen en la sexualidad correspondiéndose con las respuestas de los gráficos 7 y 8 y la opinión de Regino Rodríguez Boti sobre como influyen numerosos factores en la sexualidad de ambos géneros.

**Tabla 9 Repercusión de la sexualidad activa en la muestra por géneros.**

sexo biologico \* repercusion de la sexualidad activa en el adulto mayor \* procedencia Crosstabulation

% within sexo biologico

procedencia			bienestar del anciano			
			salud mental	calidad de vida	todas	
Institucionalizados	sexo biologico	masculino	30,0%	10,0%	30,0%	30,0%
		femenino	40,0%	20,0%	10,0%	30,0%
Círculos de Abuelos	sexo biologico	masculino	14,3%		42,9%	42,9%
		femenino	23,1%	23,1%	7,7%	46,2%

**Chi-Square Tests**

procedencia		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Institucionalizados	Pearson Chi-Square	1,476 <sup>a</sup>	3	,688
	Likelihood Ratio	1,530	3	,675
	Linear-by-Linear Association	,276	1	,599
	N of Valid Cases	20		
Círculos de Abuelos	Pearson Chi-Square	4,615 <sup>b</sup>	3	,202
	Likelihood Ratio	5,443	3	,142
	Linear-by-Linear Association	,434	1	,510
	N of Valid Cases	20		

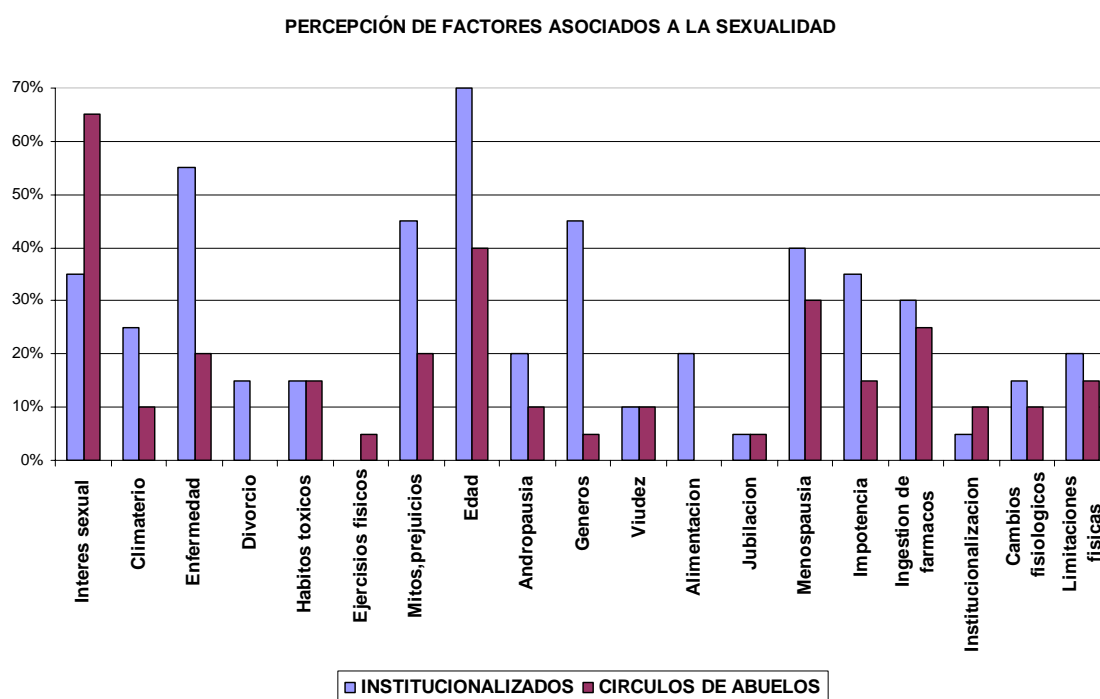
a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

b. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

**FUENTE: Cuestionario.**

En la tabla 9 se muestra claramente como sobre el grupo del círculo de abuelos de ambos sexos tuvo una mejor repercusión la sexualidad activa manifestándose por su bienestar, su salud mental y su calidad de vida más elevada. Esto reafirma lo planteado por Boti (2003) al referirse a que persisten actualmente situaciones que influyen negativamente en la calidad de vida de las personas de ambos sexos de la tercera edad y se debe por tanto lograr una labor mantenida para mejorar esta calidad de vida en los gerontes.

**Gráfico 13 Percepción de factores asociados a la sexualidad en la muestra.**

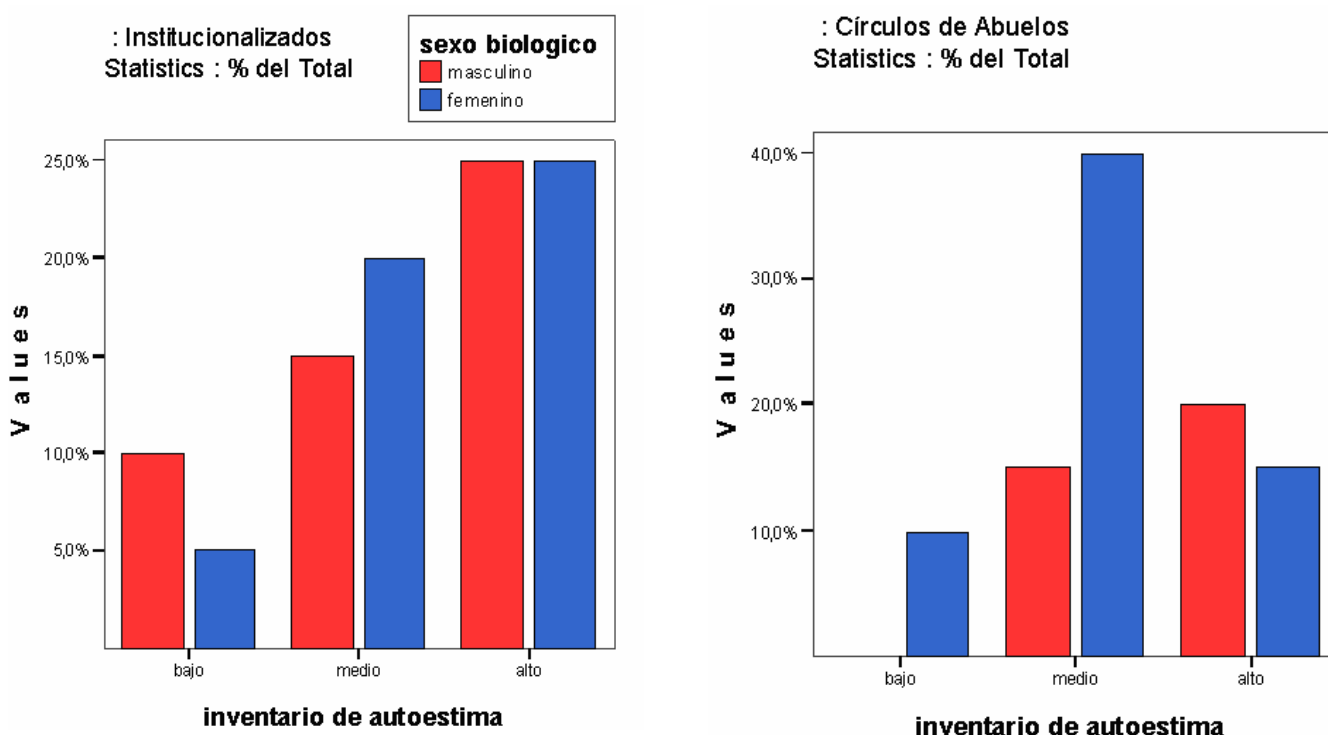


Se muestra en este gráfico como en el grupo de los institucionalizados se asocian mas factores que influyen en la sexualidad dentro de los que tenemos la edad, la enfermedad, los mitos y prejuicios, el género y la menopausia, no así en el grupo del círculo de abuelos que sólo lo asocian al interés sexual y al edad. Vemos así como plantea Boti (2003) que el condicionamiento es multicausal y varía de un rango tan amplio que incluyen factores individuales y sociales.

### ESCALA DE AUTOESTIMA

En los gráficos 14 y 15 se aprecia como en el grupo estudio predomina el nivel de autoestima alto en ambos sexos, le sigue el nivel medio de autoestima con mayor % en la s mujeres y el nivel bajo de autoestima donde son los hombres los que tienen el mayor %, a diferencia del grupo testigo donde las mujeres se ubican en mayor % en el nivel medio de autoestima, luego en el nivel alto y por último un menor % en el nivel bajo de autoestima y los hombres tienen su nivel alto de autoestima más elevado, luego el nivel medio y no existe % en el nivel bajo de autoestima. Resumiendo como promedio el nivel más elevado de autoestima en ambos grupos es el del sexo masculino y por grupos el testigo.

### GRÁFICO 14 Y 15. COMPORTAMIENTO DE LA AUTOESTIMA POR SEXO

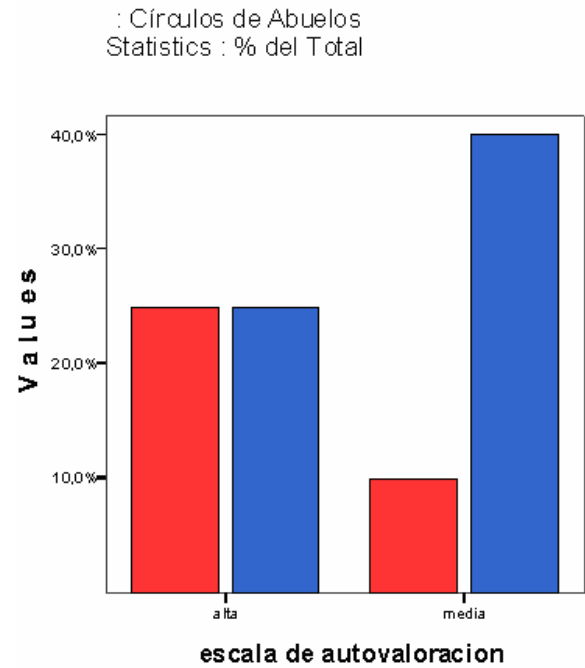
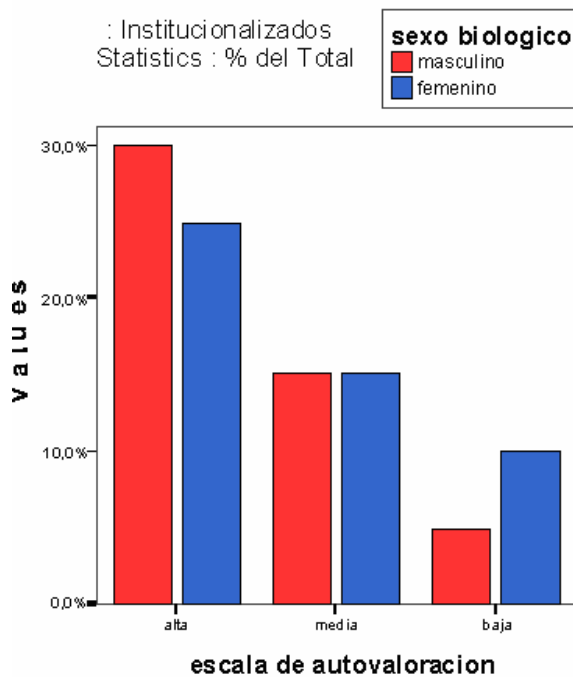


FUENTE: Test de Autoestima

### ESCALA DE AUTOVALORACIÓN

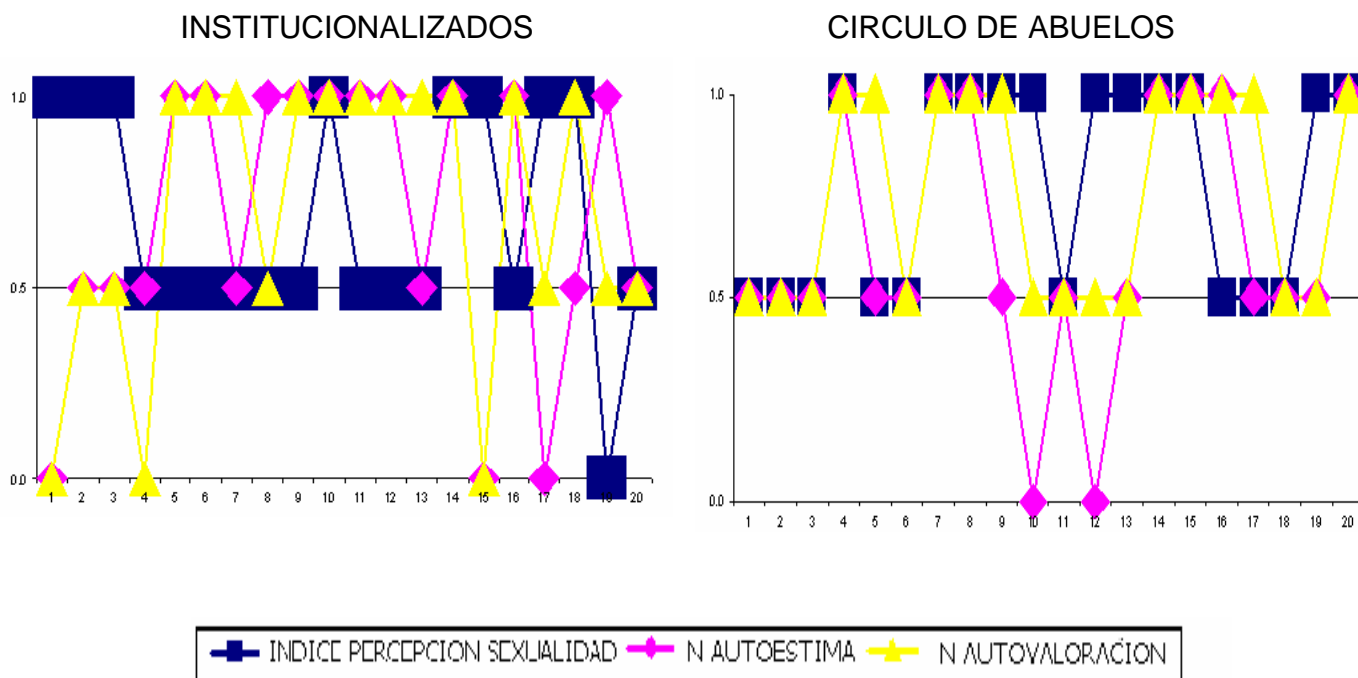
En los gráficos 16 y 17 observamos que el nivel de autovaloración en el grupo de estudio es más elevado en los hombres en el nivel alto, por igual en ambos sexos en el nivel medio de autovaloración y en mayor porcentaje en el nivel bajo las mujeres. En el grupo testigo se comportó por igual en el nivel alto por sexos y más elevado el % de mujeres en el nivel medio, no reflejándose % en ningún sexo de este grupo del nivel bajo; por lo que se puede concluir que existen aquí diferencias de géneros y es mejor la autovaloración también en el grupo testigo.

Gráficos 16 y 17 Comportamiento de la autovaloración por sexo.



FUENTE: Test de Autovaloración

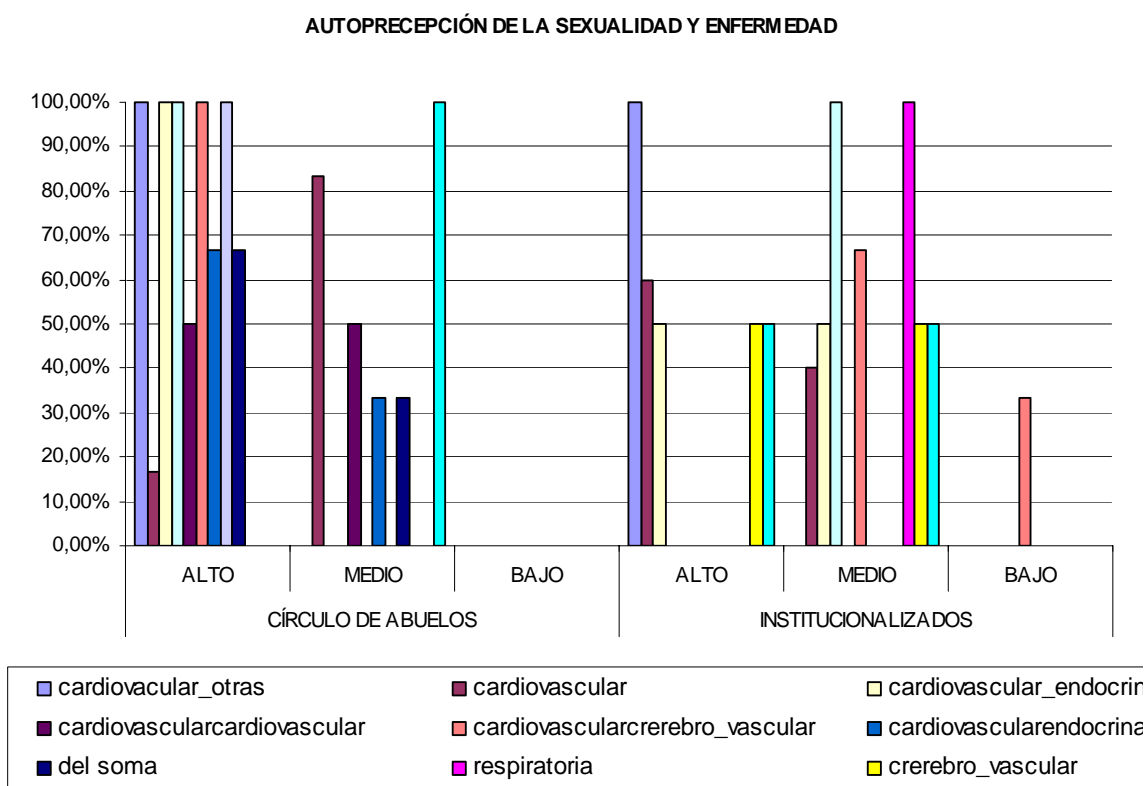
**Gráficos 18 y 19 Nivel de autoestima, autovaloración e índice de percepción de la sexualidad: su coincidencia.**



**Fuente: Cuestionario test de autoestima y autovaloración**

En los gráficos 18 y 19 se evidencia la coincidencia entre los niveles de autoestima, autovaloración y el índice de autopercepción de la sexualidad de la muestra, este índice se obtuvo del promedio de los índices de los indicadores (relación entre la sexualidad y su enfermedad, formas de expresión de la sexualidad, repercusión de la sexualidad activa en el adulto mayor, criterio de vida de la sexualidad, e interés por el sexo) mostrándose claramente como el mayor porcentaje de coincidencia se encuentra en el grupo del círculo de abuelos donde coinciden 12 pacientes para un 60% a diferencia del grupo de los institucionalizados donde sólo 3 pacientes coincidieron para un 15%; todo esto reafirma claramente lo planteado por diferentes autores sobre como influye el nivel de autoestima y autovaloración de los gerontes en la percepción de su sexualidad.

Gráfico 20



Fuente: Historia clínica y cuestionario.

En el gráfico 20 se muestra como las enfermedades cardiovasculares son las más frecuentes en ambos grupos, estas propiamente dicho y las cardiovasculares asociadas con las cerebrovasculares y endocrinas; es importante resaltar aquí lo referido por Francisco Ramos González (1997) sobre como estos estados clínicos pueden afectar directa o indirectamente su sexualidad y es decisiva la forma en que el anciano las enfoca y la actuación de los profesionales de la salud para dar una solución adecuada que permita la continuación de la vida sexual satisfactoria como se ha observado en tablas y gráficos anteriores que tiene mayor % en el grupo del circulo de abuelos en general a pesar de en estos presentarse mayor diversidad de enfermedades.

## **ANÁLISIS INTEGRAL DE LOS RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en la interpretación de las técnicas aplicadas nos permitieron elaborar el criterio de que los gerontes estudiados institucionalizados a pesar de presentar menor diversidad de enfermedades establecen una relación significativa entre estas y las siguientes variables (sexualidad, la satisfacción con la vida sexual, la edad hasta que realizaron el coito y frecuencia de este, el interés por el sexo, criterios sobre la vida sexual, las formas de expresión de la sexualidad, las preocupaciones relacionadas con el sexo y los factores que influyen en la sexualidad). Todo lo cual repercute activamente es su sexualidad en relación directa con el bienestar, la salud mental y su calidad de vida según su expresión verbalizada.

Los gerontes pertenecientes al círculo de abuelos presentaban enfermedades más variadas percibiendo los mismos menor relación entre estas y su sexualidad, manifestando una relación directa entre esta última, la edad y el interés sexual; lo cual marca una diferencia significativa con el grupo anterior que vincula la sexualidad a la edad, las enfermedades, los mitos y prejuicios; y al género femenino.

La autoestima y la autovaloración constituyen aspectos importantes en esta etapa quedando reflejado en el estudio realizado la relación directa entre los mismos y la autopercepción de la sexualidad al establecer sus vínculos en la determinación de los índices de los mismos donde se corroboró que en el grupo de institucionalizados en el 15% de los mismos coincidían sus niveles, no así en los del círculo de abuelos donde el 60% de los mismos presentaban coincidencias, de donde se infiere que existe un potencial en algunos de estos indicadores de la sexualidad relacionados con el conocimiento y la actividad propiamente dicho que permite establecer índices de correlación para intervenir en las mismas.

Hallazgo relevante resultó que las enfermedades cardiovasculares y cardiovasculares relacionadas con las cerebrovasculares y endocrinas son los que influyen en mayor por ciento en la autopercepción de la sexualidad de ambos grupos, siendo esto lo que marca la similitud entre ellos con relación a la asociación que se establece entre los estados clínicos y la autopercepción de la sexualidad.

## **CONCLUSIONES**

- Existen diferencias significativas entre los grupos estudiados con relación a la asociación que establecen entre su estado clínico y la autopercepción de la sexualidad, afectándose más los que están hospitalizados y dentro de ellos los del sexo femenino.
- Los estados clínicos más frecuentes fueron los asociados a las enfermedades cardiovasculares en ambos grupos, demostrándose mayor diversidad de patologías en el grupo del círculo de abuelos y del sexo femenino.
- Se constató que los gerontes institucionalizados asocian su estado clínico con indicadores de la sexualidad tales como: forma de expresión de la sexualidad, criterio de vida de la sexualidad e interés por el sexo, concentrándose el mayor por ciento (60%) en los hombres, con un comportamiento de un 10% en las féminas, lo que difiere de los incorporados al círculo de abuelos que asocian su estado clínico solo en el interés por el sexo en un 60% las mujeres y un 30% los hombres. El indicador sobre la percepción de la vida sexual activa tuvo igual comportamiento en los grupos estudiados
- Se apreció que en ambos grupos la sexualidad activa de ellos repercute en su bienestar, su salud mental y su calidad de vida.
- Se evidencia en general que en los niveles de autopercepción de la sexualidad, la autoestima y autovaloración son más elevados en el grupo testigo a predominio en el sexo masculino, a diferencia del nivel de autovaloración donde los del sexo femenino fueron los niveles más elevados. El nivel de coincidencia de estos tres niveles por lo tanto fue mayor en el grupo testigo.
- La metodología empleada fue efectiva para cumplir con los objetivos propuestos en la investigación.

## **RECOMENDACIONES**

- ✓ Priorizar la continuidad de esta línea de investigación en una muestra más amplia incorporando el estudio de índices de la sexualidad en la población geriátrica.
- ✓ Estimar la autopercepción de la sexualidad que poseen los gerontes estudiados como un elemento importante para desarrollar acciones de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación con vistas a elevar su bienestar, su salud mental y su calidad de vida.
- ✓ Trabajar desde edades jóvenes el tema de la sexualidad del adulto mayor para lograr una longevidad satisfactoria.
- ✓ Promover la educación sobre temas de sexualidad según géneros para ancianas y ancianos, aumentando el apoyo institucional y social para elevar la calidad de vida.
- ✓ Divulgar los resultados obtenidos a los profesionales y técnicos de la salud vinculados a la atención de los gerontes.

## **ANEXO II: CUESTIONARIO**

### **1. DATOS DE IDENTIDAD**

- a) .Nombre y Apellidos
- b) .Edad
- c) .Sexo
- d) .Color de la piel
- e) .Ocupación
- f) .Escolaridad
- g) .Estado civil
- h) .Fecha de nacimiento
- i) .Dirección particular
- j) .Zona Rural ----- Urbana-----
- k) .Percápita Familiar

2. Enfermedades que padece
3. Que es lo que más le preocupa de su enfermedad
4. Cuando se iniciaron los síntomas de su enfermedad
5. Coincidió con algún suceso importante  
Si ----- No -----  
Cual –  
Que le recomendaron –
6. Que relación existe entre su enfermedad y la sexualidad  
Ninguna ----- alguna ----- Mucha -----  
Por que –
7. Que tipo de fármaco esta administrándose actualmente
8. Con anterioridad que tipo de fármaco se administró y durante qué tiempo
9. Alguno de estos fármacos le ha disminuido el deseo sexual  
Si ----- No ----- Cual -----
10. La sexualidad se expresa a través de (Marque con x)  
----- Besos                      ----- Abrazos  
----- Caricias                      ----- Coito
11. Señale aspectos importantes de la sexualidad del adulto mayor  
-----Amor                      ----- Respeto                      ----- Cariño  
----- Afecto                      ----- Tiempo                      ----- Comprensión  
----- Coito                      ----- Deseo                      ----- Atracción física  
----- Creatividad                      ----- Comunicación                      ----- Estilo de vida
12. Marque cuales de las siguientes son preocupaciones relacionadas con el sexo en la tercera edad  
----- Ausencia de orgasmo                      ----- Deseo disminuido  
----- Escasa lubricación                      ----- Dificultad para la eyaculación  
----- Penetración dolorosa                      ----- Demora en la erección
13. La sexualidad activa en el anciano contribuye a  
----- Bienestar del anciano                      ----- Salud mental                      -----Calidad de vida
14. Para usted la sexualidad esta asociado a  
----- Interés sexual                      ----- Edad                      ----- Menopausia  
----- Climaterio                      ----- Andropausia                      ----- Impotencia  
----- Enfermedad                      ----- Géneros                      ----- Ingestión de fármacos  
-----Divorcio                      ----- Viudez                      ----- Institucionalización  
----- Hábitos tóxicos                      -----Alimentación                      ----- Cambios fisiológicos

----- Ejercicios físicos    ---- Jubilación                    ----- Limitaciones físicas  
----- Mitos, creencias, tabúes y prejuicio

15. Cuales de los siguientes factores inciden en la sexualidad del anciano

- La erección es sinónimo de virilidad
- Las enfermedades presentes
- Después de eyacular se pierde la rigidez del pene
- Impotencia sin solución
- Los periodos de abstinencia sexual permiten una mejor erección
- El pene siempre debe estar listo para entrar en acción
- La opinión del micro y macro medio social

16. Cuáles de los siguientes factores influyen en la sexualidad de las ancianas

- La satisfacción femenina depende del tamaño del falo
- El orgasmo solo se produce a través del clítoris y las mamas
- La escasa lubricación vaginal
- La menopausia y el Climaterio
- El rol de superabuela
- La viudez
- La inconformidad con la imagen física
- Las enfermedades presentes
- El micro y macro medio social

17. La vida sexual activa debe mantenerse hasta los

- 50 años
- 60 años
- 70 años
- + 80 años
- muerte

18. Los ancianos que se interesan por la sexualidad son inadecuados

Si ----                    no -----

19. Las desviaciones sexuales son mas frecuentes en

Ancianos -----                    ancianas -----

20. La reproducción es el único fin de la sexualidad

Si -----                    No -----

21. La actividad sexual tiene sentido en

Ancianos -----                    ancianas -----                    ambos -----

22. Tiene mayor interés para el sexo

Ancianos -----                    ancianas -----                    ambos -----

23. Considera indecente tener relaciones sexuales después de los 60 años

Si -----                    No -----

24. La sexualidad del adulto mayor es útil, beneficiosa y estimulante para un buen envejecer

Si ----- No ----- Por qué -----

25. La realización de la actividad sexual para los ancianos es

Beneficiosa ----- perjudicial -----

26. Tiene pareja actualmente

Si ----- No -----

27. Se siente satisfecho con su vida sexual

Si ----- No ----- Por qué -----

28. Con qué frecuencia realiza el coito

Semanal ----- quincenal ----- mensual ----- trimestral ----- nunca -----

29. Si no realiza ya el acto sexual diga hasta que edad lo realizó y por qué terminó

30. Como ha repercutido la presencia de su enfermedad en su vida sexual

### **INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima. Tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos y esta conformado por 25 proposiciones (Ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa.

Se califica otorgando un punto en aquellos Ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente, estos Ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19,20. Cuando el sujeto contesta “no”, en alguno de ellos, se le da 0 en la

puntuación de ese ítem. Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total.

Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

-Nivel alto de autoestima: los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje entre 19 y 24 puntos. Los mismos obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan felicidad, eficiencia, confianza en si mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupos, sin centrarse en si mismos ni en sus propios problemas.

-Nivel medio de autoestima: los sujetos que se clasifican en este nivel son los que puntuad entre 13 y 18 puntos. Los mismos presenta características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro.

-Nivel bajo de autoestima: los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos. Obtienen pocos puntos en los Ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos anteriormente. En este sentido los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en si mismo y en sus problemas particulares, temerosos de expresarse en grupos donde su estado emocional depende de los valores y exigencias externas.

### **ESCALA DEMBO-RUBINSTEIN**

Fue creada por la norteamericana Thelma Bembo basada en una prueba de la especialista Susana Rubinstein. Se utiliza para conocer la tendencia auto valorativa del sujeto.

Las categorías utilizadas fueron:

- Felicidad: satisfacción o insatisfacción personal.
- Relaciones interpersonales: facilidad o dificultad para establecer relaciones con sus coetáneos.

- Inteligencia: capacidad de entender o comprender, conocimiento, habilidad y destreza.
- Sexo: placer venéreo, se refiere a besos, caricias, coito.
- Autoestima: apreciación, estimación o evaluación de sí mismo.
- Salud: estado de bienestar físico y mental

Se presenta una línea vertical de aproximadamente 15 centímetros de longitud, por ejemplo: Salud. Se le dice al sujeto:

Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo, en la parte superior (señalar) se encuentran las personas más saludables, y en la parte inferior las enfermas. Tu debes marcar con una cruz (x) donde está tu lugar entre todas las personas, teniendo en cuenta tu estado de salud. Si eres sana te colocas arriba, si eres enfermo debajo y si te sientes no muy mal en el centro. Puedes utilizar cualquier parte del segmento, según la apreciación que tengas del lugar que debes ocupar al analizar cada categoría.

(Si es necesario se repetirán las instrucciones o se explicarán con otras palabras para garantizar su comprensión. Luego, se le presenta en una hoja de papel la primera categoría a evaluar. Se le pone una tarea análoga y al culminarla se le agrega la siguiente hasta llegar a la última. Las categorías evaluativas serán: Felicidad, relaciones interpersonales, inteligencia, sexo, autoestima y salud. Al concluir esta tarea, se inicia la conversación con el sujeto, en dependencia de cómo se ubica con respecto a cada parámetro.

Ejemplo de preguntas por indicador (se adecuarán a cada uno de ellos)

Salud

¿Qué es para ti una persona saludable?

¿Cómo te percibes teniendo en cuenta tu estado de salud?

¿Qué sientes hacia ti sobre la base de la salud que dices tener?

¿Cómo influye para ti el sentirte con salud o enfermo?)

### **ANEXO III: INVENTARIO DE AUTOESTIMA**

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se les presentan y responda si o no de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con lo que usted siente. No hay respuestas buenas o malas, solo se trata de conocer su situación de acuerdo al asunto planteado.

No	PROPUESTAS	SI	NO
1	Generalmente los problemas me afectan poco		
2	Me cuesta trabajo hablar en público		
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí		
4	Puedo tomar fácilmente una decisión		
5	Soy una persona simpática		
6	En mi casa me enoja fácilmente		

7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
8	Soy una persona popular entre las personas de mi edad		
9	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
10	Me doy por vencida fácilmente		
11	Mi familia espera demasiado de mí		
12	Me cuesta trabajo aceptarme como soy		
13	Mi vida es muy complicada		
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		
15	Tengo mal opinión de mi misma		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
17	Con frecuencia siento disgusto		
18	Soy menos bonita que la mayoría de la gente		
19	Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Los demás son mejor aceptados que yo		
22	Siento que mi familia me presiona		
23	Con frecuencia me desanimo con lo que hago		
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25	Se puede confiar poco en mí		

#### **ANEXO IV: ESCALA DEMBO RUBINSTEIN**

En esta línea (de aproximadamente 15 cm. de longitud) marca una X en el lugar donde tú te ubicarías. Utiliza cualquier punto del segmento, según la apreciación que tengas del lugar que debes ocupar, al analizar cada categoría.

- 1- Que concepto tienes de dicha categoría.
- 2- Porque te ubicarías en ese lugar.
- 3- Que te falta para llegar a la cima.

#### **CATEGORÍAS:**

FELICIDAD

RELACIONES  
INTERPERSONALES

INTELIGENCIA

SEXUALIDAD

AUTOESTIMA

SALUD



**ANEXO I**

**CENTRO IBEROLATINOAMERICANO DE LA TERCERA EDAD  
UNIDAD DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA**

**DATOS GENERALES**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Numero de Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Nivel Cultural: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Soltero \_\_\_\_\_ Pensionado \_\_\_\_\_ Analfabeto \_\_\_\_\_ CMF \_\_\_\_\_

Casado \_\_\_\_\_ Trab. Activo \_\_\_\_\_ Primario \_\_\_\_\_ Policlínico \_\_\_\_\_

Viudo \_\_\_\_\_ Ama de Casa \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Universitario \_\_\_\_\_

♦ **EVALUACIÓN FUNCIONAL**

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (KATZ)**

	D	I
Bañarse	—	—
Vestirse	—	—
Ir al Servicio	—	—
Levantarse	—	—
Continencia	—	—
Comer	—	—

**ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)**

	D	I
Uso del Teléfono	—	—
Ir de Compras	—	—
Preparar Alimentos	—	—
Manejo de la Casa	—	—
Transportarse	—	—
Uso de Medicación	—	—
Manejo de Finanzas	—	—

D – Dependiente

I – Independiente

♦ **EVALUACIÓN BIOMÉDICA**

**PRINCIPALES MOLESTIAS DE SALUD:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:**

---

---

---

---

**Intervenciones Quirúrgicas:**

**Secuelas**

**Sí No**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Traumas:**

**Secuelas**

**Sí No**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Hábitos Tóxicos:**

**Café\_\_\_ Tabaco\_\_\_ Alcohol\_\_\_ Drogas\_\_\_**

**RIESGO DE REACCIÓN A DROGAS:**

**Hipersensibilidad medicamentosa: \_\_\_ Polifarmacia: \_\_\_ Automedicación: \_\_\_**

**Indicación de Droga (Por más de un Medico): \_\_\_ Ausencia de Supervisión al**

**Tratamiento: \_\_\_**

**Existe Riesgo de Repercusión Funcional por el Uso de la Medicación Actual: \_\_\_**

**MEDICAMENTOS QUE CONSUME**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EVALUACIÓN POR SISTEMA:**

**Cuando este presente algún síntoma o signo anote su repercusión funcional probable, según la siguiente escala.**

**3- Sin repercusión.**

**2- Lo limita o pudiera limitarle en su vida diaria.**

**1- Lo mantiene Incapacitado.**

**SISTEMA RESPIRATORIO**

**Tos\_\_\_ Expectoración\_\_\_ Disnea\_\_\_ Dolor\_\_\_ Hemoptisis\_\_\_ cianosis\_\_\_**

**Trastorno de vías Aéreas Superiores\_\_\_ Trastornos de la Mecánica Respiratoria\_\_\_**

**Estertores Secos\_\_\_ Estertores Húmedos\_\_\_ Síndrome de Interposición Líquida\_\_\_**

**Síndrome de Interposición Gaseosa\_\_\_**

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

**EVALUACIÓN ESTOMATOLÓGICA**

Edente Total \_\_\_ Rebordes Residuales Atróficos \_\_\_ Cresta Móvil \_\_\_ Epoli Fisurado \_\_\_  
Estomatitis \_\_\_ Subprotesis \_\_\_ Fibromatosis del Paladar \_\_\_ Frenillo desestabilizador \_\_\_  
Quelites Angular \_\_\_ Torus Palatino \_\_\_ Torus Mandibular \_\_\_ Edente Parcial \_\_\_  
Caries \_\_\_ Restos Radiculares \_\_\_ Fístulas Periapicales \_\_\_ Gingivitis \_\_\_ Sarro \_\_\_  
Pericodontitis \_\_\_ Redisión \_\_\_ Acrisión \_\_\_ Lengua Saburral \_\_\_

*Describir lo Patológico*

**EVALUACIÓN BIOMÉDICA PARCIAL:** \_\_\_\_\_

### ♦ EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

\_\_\_ Antecedentes de trastornos psicóticos crónicos o retraso mental.

\_\_\_ Ingresos o atención Psiquiátrica ambulatoria anterior.

\_\_\_ Tratamiento Anterior y o Actual.

- \_\_\_ Psicofármacos
- \_\_\_ Hospital de día
- \_\_\_ Tratamiento Electroconvulsivante
- \_\_\_ Electrosueño
- \_\_\_ Psicoterapia Individual o Grupal
- \_\_\_ Terapia Floral

#### **ESFERA COGNITIVA M.M.S. (FOLSTEIN)**

- \_\_\_ Orientación
- \_\_\_ Fijación
- \_\_\_ Atención y Cálculo
- \_\_\_ Memoria
- \_\_\_ Lenguaje
- \_\_\_ Total
- Escala de Deterioro Cognitivo
- \_\_\_ No existe (24-30)
- \_\_\_ Ligero o Moderado (11-23)
- \_\_\_ Severo (0-10)

#### **ESFERA PSICOAFECTIVA**

- \_\_\_ Tristeza
- \_\_\_ Pesimismo
- \_\_\_ Ideación Suicida
- \_\_\_ Trastorno del Sueño
- \_\_\_ Tensión Nerviosa
- \_\_\_ Perdida de Autoconfianza
- \_\_\_ Irritabilidad

ID: \_\_\_\_\_

**Evaluación Psicológica Parcial:** \_\_\_\_\_

### ♦ EVALUACIÓN SOCIAL

#### **FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL:**

\_\_\_ Viudez \_\_\_ Perdida de Hijos \_\_\_ Otras Perdidas \_\_\_ Aislamiento Social \_\_\_ Vivir Solo \_\_\_ Falta de habitación personal \_\_\_ Carencia de Familia \_\_\_ Ausencia de Confidente \_\_\_ Inactividad \_\_\_ insatisfacción \_\_\_ Perdida de roles \_\_\_ inadaptación a la jubilación \_\_\_ Institucionalización \_\_\_ Malas condiciones de la Vivienda \_\_\_ Pobre poder adquisitivo \_\_\_ Edad avanzada (Más de 80 Años)



FRECUENCIA CARDIACA \_\_\_\_\_ TENSIÓN ARTERIAL: MSD \_\_\_\_\_  
MSI \_\_\_\_\_ MID \_\_\_\_\_  
MII \_\_\_\_\_

**SISTEMA DIGESTIVO**

Nauseas \_\_\_\_\_ Vómitos \_\_\_\_\_ Acidez \_\_\_\_\_ Disfagia \_\_\_\_\_ Dolor \_\_\_\_\_ Intolerancia Alimentaria \_\_\_\_\_  
Rectorragia \_\_\_\_\_ Trastornos Dispépticos \_\_\_\_\_ Diarreas \_\_\_\_\_ Constipación \_\_\_\_\_ Cambio del Habito  
Intestinal \_\_\_\_\_ Incontinencia Fecal \_\_\_\_\_ Hematemesis \_\_\_\_\_ Melena \_\_\_\_\_ Hepatomegalia \_\_\_\_\_ Tumor  
Abdominal \_\_\_\_\_ Hemorroide \_\_\_\_\_ Tumor Rectal \_\_\_\_\_ Signos de Hipertensión Portal \_\_\_\_\_ Signos  
de Insuficiencia Hepática \_\_\_\_\_ Ascitis \_\_\_\_\_

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

---

**SISTEMA GENITO - URINARIO**

Dolor \_\_\_\_\_ Orina Turbia \_\_\_\_\_ Disuria \_\_\_\_\_ Oliguria \_\_\_\_\_ Poliuria \_\_\_\_\_ Nicturia \_\_\_\_\_ Hematuria \_\_\_\_\_  
Uretrorragia \_\_\_\_\_ Retención Urinaria \_\_\_\_\_ Urgencia \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_ Edemas \_\_\_\_\_  
Próstata Patológica \_\_\_\_\_ Pene o Testículos Patológicos \_\_\_\_\_ Tumor de Mamas \_\_\_\_\_  
Cistoceles \_\_\_\_\_ Sangramiento Vaginal \_\_\_\_\_ leucorrea \_\_\_\_\_ Tumor Vaginal \_\_\_\_\_

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

---

**SISTEMA HEMOLINFOPOYETICO**

PALIDEZ CUTÁNEO MUCOSA \_\_\_\_\_ PURPURA \_\_\_\_\_ HEMATOMA \_\_\_\_\_ ADENOPATIAS \_\_\_\_\_  
ESPLENOMEGALIA \_\_\_\_\_

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

---

**SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR**

ARTRALGIAS\_\_\_ DOLORES ÓSEOS\_\_\_ MIALGIAS\_\_\_ INFLAMACIÓN ARTICULAR\_\_\_  
DEFORMIDAD ÓSEA\_\_\_ DEFORMIDAD ARTICULAR\_\_\_

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

**SISTEMA ENDOCRINO – METABÓLICO**

Poliuria\_\_\_ Polidipsia\_\_\_ Polifagia\_\_\_ Intolerancia a los cambios de temperatura\_\_\_  
Frialdad\_\_\_ Sudoración\_\_\_ Flush\_\_\_ Mixedema\_\_\_ Caída del Pelo\_\_\_ Hirsutismo\_\_\_  
Exoftalmos\_\_\_ malnutrición: Exceso\_\_\_ Defecto\_\_\_ Aumento de Volumen de Tiroides

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

PESO\_\_\_ TALLA\_\_\_

**SISTEMA NERVIOSO**

Cefalea\_\_\_ Neuralgia\_\_\_ Mareo\_\_\_ Convulsiones\_\_\_ Trastornos transitorios de la  
Conciencia\_\_\_ Nivel de Vigilia Alterado\_\_\_ Trastorno del Lenguaje\_\_\_ Trastorno de la  
Marcha\_\_\_ Anosmia\_\_\_ Disminución de la agudeza visual\_\_\_ Hipoacusia\_\_\_  
Acufenos\_\_\_ Trastornos del Tono Muscular\_\_\_ Déficit Motor\_\_\_ Trastorno de la  
Reflectividad\_\_\_ Trastorno de la Sensibilidad\_\_\_ Ataxia\_\_\_ Apraxia\_\_\_  
Agnosia\_\_\_

*Describir lo Patológico*

---

---

---

---

**FONDO DE OJOS:**

---

---

**OTRAS SINTOMATOLOGÍAS**

Astenia\_\_\_ Anorexia\_\_\_ Debilidad Muscular\_\_\_ Aumento de Peso\_\_\_ Perdida de Peso\_\_\_  
Deshidratación\_\_\_ Prurito\_\_\_ Fiebre\_\_\_ Edemas\_\_\_ Tumoración de Partes  
Blandas\_\_\_ Hernias\_\_\_ Alteraciones de las Uñas\_\_\_

*Describir lo Patológico*

---

---

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alba Lucia (2004).notas de conferencia Modulo Metodología de la Investigación.
- Álvarez Lanzocha C. (1996). Educación sexual en Cuba. Revista Historia de la sexualidad. pp. 25-31.
- Artilles de León I. (1998). Violencia y Sexualidad. La Habana. Editorial Científico técnico. pp. 1
- Back A. (1968). Sexuality y Depressor. Medial aspect of human sexuality. Madrid. Alunza. pp 44 -5123.
- Bellbena A. (1991). Psicología de la afectividad, en J Vallejo. Introducción a la Sicopatología y Psicogeriatría. Barcelona. Editorial Salvat. pp 188-203
- Blanco A (1985). Factores Psicosociales de la vida sexual adulta. En Psicología Evolutiva, volumen 3. Madrid. Alunza
- Buendía E.L. (1997) Método de investigación psicopedagógicas. Madrid. Editorial Mc Graw Hell
- Bustamante J.A. (1983) Psicología Médica. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.
- Bustamante J.A. (1983) Psicología Médica. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.
- Castañeda GMC. (2003). Género y Cardiopatía Izquémica. En Revista Sexología y Sociedad. Volumen 9, n-22. pp 31-35.
- Castro Ruz, Fidel. (1992). Un grano de maíz. La Habana. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado. pp 238
- Devesa C.E (1992). Geriatría y Gerontología. El anciano cubano. La Habana. Editorial Científico Técnica
- Fernández Ballesteros, R (2000). Gerontología social. Madrid. Editorial Pirámides
- Fierro A (1994) Preposiciones y propuestas sobre el buen envejecer. En Buendía J. Envejecimiento y salud. Madrid siglo XXI.

- Freedman M A., Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock. Tratado de Psiquiatría. Tomo III y IV. pp 2670
- González RF. (1994) Personalidad, modo de vida y salud. La Habana. Editorial Félix Varela.
- González A. (1997) Hacia una Sexualidad Responsable y Feliz. La Habana. Editorial Pueblo y Educación. pp 44-46
- González H.A. (2003) Género feminismo y Humanismo. Revista de Sexología y Sociedad. Volumen IX no. 22 pp 4-10
- Grupo Editorial (1997). Actividad de Enfermería para promover la sexualidad y la salud de los sexos. En Enciclopedia de Enfermería. Barcelona. Editorial Océano. AP 607.
- Hernández Sampieri, R. (2003) Metodología de la Investigación. Mexico. Editorial Mc Graw Hell
- Herrera, L.F. (2004). Notas de Conferencia No. 9 "Envejecimiento y Salud". Maestría de Psicología Médica, Asignatura Psicología Médica I. UCLV.
- Lítez J,J. (1990). Revista de Historia e Interdisciplinaria de Gerontología Social. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 25 n-3, pp 168-172.
- López S Félix, Valdez M (1997) Actividad Sexual del Seneste. España editorial Océano.
- López Sánchez F. (1996). Historia de la sexualidad. La Habana. Editorial sexo y sociedad. pp. 22-26.
- Loughlen. Lidia NC.(2002). Adulto Mayor y Ancianos. Monografía presentada en Seminario de Psicogeriatría. <http://vcl.sld.cu.enconipedrero@erisema.com>  
Maestría de Psicología Médica. ISCMVC
- Martín H. Pastor. Vicente (1990). Epidemiología de la Vejez. Editorial Interamericano
- Martínez Cristóbal.(2003). Salud Familiar. La Habana Editorial Científico Técnica.
- Másters W., Jonson V. Kolodny R. (1998). La Sexualidad Humana. La Habana. Editorial Científico Técnica. pp 9-24.
- Montorio I e Izal M (1999). Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid, editorial. Síntesis.
- Munray R. Speegel(1977) Teoría y Problemas de Estadística. La Habana. Editorial Pueblo y Educación
- Murrillo Margarita.(2002). Sexualidad y Adulto mayor. <http://vcl.sld.cu.mmurilloagamboa@yahoo.com>

- Mustelier Zagora S. Dismanteader. (2002). Acciones de enfermería en la sexualidad del adulto mayor. La Zarza. Medison. Revista volumen 6. <http://hrs.sld.cu>.
- Navarro J. (2000) Educación Sexual y Educación Cívica. En Enciclopedia Autodidacta Interactiva: Volumen III. Barcelona. Editorial Océano. pp 2132-2147
- Nepomuceno P.N., Silverio P. (2002). Notas de Conferencia de Diplomado de Gerontología de la Comunidad. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau
- Noticias <http://www.paho.org>.
- Núñez de Villavicencio E. (1987). Psicología Médica. Ciudad de la Habana. Editorial Pueblo y Educación. Tomo I. pp 232-239. Tomo II. pp 33-37
- Núñez de Villavicencio E. (2001) Sexualidad en la Vida Adulta. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Núñez V, F (2001) Psicología y salud. Ciudad de la Habana. Editorial ciencias médicas. pp. 167-170
- Oficina Nacional de Estadísticas (2005). El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios 2004. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana. Centro de estudio de población y Desarrollo.
- Orlandini, Alberto (1996). Femenidad y masculinidad: Santiago de Cuba. Editorial Oriente.
- Orosa Fraix Teresa. (2003). La tercera edad y la familia una mirada desde el adulto mayor. La Habana, editorial Félix Varela
- Palacio Jesús (1995). Cambios y Desarrollo durante la adultez y la vejez. En Vega JL. Bueno B. Desarrollo adulto y envejecimiento. Madrid. Editorial Síntesis. pp. 532-536.
- Pérez López C. (2003) Estadística Aplicada a través de Excel. University Computers Madrid. Editorial Prentice Hall
- Perlado, F. (1985). ¿Qué es envejecer? La Habana. Editorial Heraldo Aragón. pp (133-144).
- Prieto R. O, Vega GE. (1996) Temas de Gerontología. La Habana. Editorial Científico Técnica.
- Ramos F, González H, (1997). La sexualidad en la vejez. En Buendía J. Gerontología y Salud. Perspectivas actuales. Madrid. Siglo XXI
- Richard M, Rug A y Cabrero J, (1999). La calidad de vida en la vejez, sus determinantes biológicas, psicológicas, sociales. Alicante. Editorial Club Universitario.

- Rocabruno J. C. (1998). Demografía y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Presentación en taller Internacional de Geriatria. La PRADERA, Noviembre, pp 18-25.
- Rocabruno J. C. (1999). Tratado de Gerontología y geriatría Clínica. La Habana. Editorial científico técnico.
- Rodríguez Boti. R (2000). La Jubilación del sexo. Revista Información Científica. FCM. Guantánamo. Año 9. Volumen 28, N-2, Abril-Junio.
- Rodríguez Boti. R (2003). La sexualidad en el atardecer de la vida. Santiago de Cuba. Editorial Oriente.
- Salgado, A. (1990). Manual de Geriatra. Barcelona. Editorial Salvat.
- Sarmientos Gil. V. (1999). Cambios Fisiológicos en el hombre y en la mujer. Vejez, enfermedad y acción farmacológica de los medicamentos. En Revista Sexología y Sociedad. Volumen 5, n-3, pp. 29-31.
- Siegres J, Broor My Junge A (1997). PEVEC. Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. Manual visión española, Universidad de Oviedo. Servicio de publicaciones.
- Sierra Mederos, A (2002). La nación sexuada. La Habana. Editorial ciencias sociales.
- Simoes R: (1994). Corporiedade: e Terceira Edade: a Mayonolidfade de Corpo do idoso, Rio de Janeiro. Editorial Relume Dumará.
- Valdez Miguel (1997). Psicogeriatría. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. pp 9-12.
- Váldez, M. (1997). Psicogeriatría para médicos generales. Santiago de Cuba. Editorial Oriente.
- Wayne W. D. (1988) Estadística con aplicación a las Ciencias Sociales y Educación. Mexico. Editorial Mc Graw Hell.
- Yela M (1992). Psicología de la vejez. La mirada hacia atrás. En perspectiva de la Gerontología y Salud. Valencia. Promolibros.

