



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN EL ANCIANO DE LA
CASA HOGAR "ARTURO MUNDET" EN
MEXICO, D. F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
GLORIA E. AHUMADA QUEZADA
AMPARO A. DEL RIO RODRIGUEZ

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA: CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MEXICO, D. F.

1984

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Forma No. 3

C. DIRECTORA DE LA ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

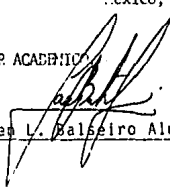
Los suscritos, Jefe de la Coordinación de Servicio Social
y Opciones Terminales de Titulación, así como el Asesor Académico de:

cuyo título es: "Manejo de la sexualidad en el anciano de la
Casa Hogar "Arturo Mundet" en México, D.F.

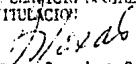
que elaboró la pasante: Gloria E. Ahumada Quezada y Amparo A. del Río R.
manifestarnos a usted, que satisface los requisitos académicos y admi-
nistrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales -
en vigor.

A T E N T A M E N T E
México, D. F. a 7 de Junio de 1994.

ASESOR ACADÉMICO


Carmelo L. Balseiro Almarino

COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACIÓN


Lic. Susana Rosales Barrera

*cgh.

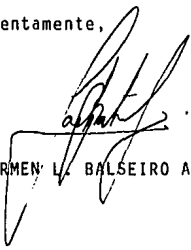
México, D.F., 6 de junio de 1994.

Lic. Susana Rosales Barrera
Coordinadora de Servicio Social y
Opciones terminales de titulación
P r e s e n t e .

Adjunto a la presente, envío a usted la tesis; "Manejo de la Sexualidad en el anciano de la Casa Hogar Arturo Mundet" en México, D.F., elaborada por las alumnas Gloria E. Ahumada Quezada y Amparo A. del Río Rodríguez, para ser desarrollada como tema de tesis y sustentar su examen profesional.

Por la calidad de trabajo desarrollado, envío a usted el VOTO APROBATORIO del mencionado documento para que las alumnas puedan titularse con dicha tesis.

Atentamente,



CARMEN L. BALSEIRO A.

AGRADECIMIENTOS

Con admiración, cariño y respeto a la Licenciada Carmen L. Balseiro Almario, ya que con su valiosa dirección y esfuerzo, logró transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración y culminación de la presente Tesis.

A la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", por las facilidades proporcionadas para la realización de esta investigación.

A la Licenciada Eloisa Romero Aldana, por el apoyo que nos brindó durante la realización de este trabajo.

DEDICATORIAS

A los residentes de la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", que con su ayuda desinteresada colaboraron a la realización del presente trabajo

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la formación académica que recibimos de sus excelentes maestros con que cuenta.

A nuestros padres que con su apoyo y estímulo contribuyeron a la realización del trabajo, para la superación profesional de cada uno de nosotros.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.</u>	3
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.	3
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	5
1.3 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO	6
1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	6
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	7
1.5.1 General	7
1.5.2 Específicos	7
2. <u>MARCO TEORICO</u>	8
2.1 ASPECTOS BASICOS DE GERONTOLOGIA.	8
2.1.1 Concepto de Gerontología	8
2.1.2 Edades de Interés Geriátrico.	11
2.1.3 La Vejez en la Historia	13
2.1.4 Teorías del Envejecimiento.	16
2.1.5 Mitos del Envejecimiento.	20
2.1.6 Cambios físicos del Envejecimiento.	23
2.1.7 Características fisiológicas del Envejeci- miento	35
2.1.8 Cambios sociales y psicológicos en el anciano	49
2.1.9 Cambios en la esfera cognoscitiva del anciano	57

2.1.10 Características del Asilo "Arturo Mundet"	60
2.2 LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ	62
2.2.1 Conceptos de Sexualidad	62
2.2.2 Historia de la Sexualidad	63
2.2.3 Sexualidad de vejez	73
2.2.4 Mitos acerca de la sexualidad en la vejez	75
2.2.5 La función sexual en la madurez y en la ve jez	76
2.2.6 Tabla comparativa	80
2.2.7 Climaterio masculino.	83
3. <u>METODOLOGIA</u>	87
3.1 HIPOTESIS	87
3.1.1 General	87
3.1.2 De trabajo.	87
3.1.3 Nula	87
3.2 VARIABLES E INDICADORES	87
3.2.1 Variable Dependiente.	87
- Indicadores	87
3.2.2 Definiciones operacionales.	88
3.2.3 Modelo de relación causal de la variable.	88
3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.	88
3.3.1 Tipo	88
3.3.2 Diseño	89
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	90

3.4.1	Fichas de trabajo	90
3.4.2	Observación	90
3.4.3	Entrevista.	90
3.4.4	Cuestionario.	91
4.	<u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	92
4.1	UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	92
4.2	PROCESAMIENTO DE DATOS	93
4.3	COMPROBACION DE HIPOTESIS	134
4.4	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	140
5.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	145
6.	<u>ANEXOS Y APENDICES</u>	150
7.	<u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	160
8.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	171

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1	EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	94
CUADRO No. 2	AREA A LA QUE PERTENECEN LOS ENTREVISTADOS	96
CUADRO No. 3	ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS	98
CUADRO No. 4	EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS	100
CUADRO No. 5	ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS	102
CUADRO No. 6	NUMERO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS	104
CUADRO No. 7	ARREGLO PERSONAL PARA LLAMAR LA ATENCION DEL SEXO FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS	106
CUADRO No. 8	ACERCAMIENTO FISICO HACIA EL SEXO FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS	108
CUADRO No. 9	ENAMORAMIENTO DE LOS ENTREVISTADOS.	110
CUADRO No. 10	RELACION DE PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS	112
CUADRO No. 11	UTILIZACION DE CARICIAS EN LA RELACION AMOROSA DE LOS ENTREVISTADOS.	114
CUADRO No. 12	LENGUAJE VERBAL PARA RELACIONARSE CON SU PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS	116
CUADRO No. 13	MANIFESTACION DE SEXUALIDAD POR MEDIO DE LA ESCRITURA A LOS ENTREVISTADOS	118
CUADRO No. 14	CONSIDERACION DE LA SEXUALIDAD COMO TABU DE LOS ENTREVISTADOS	120

CUADRO No. 15	ABSTINENCIA SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS	122
CUADRO No. 16	RECUERDOS EROTICOS DE LOS ENTREVISTADOS	124
CUADRO No. 17	MASTURBACION EN LOS ENTREVISTADOS	126
CUADRO No. 18	DESEO DE RELACION SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS	128
CUADRO No. 19	FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES DE LOS ENTREVISTADOS	130
CUADRO No. 20	USO DE PRESERVATIVO DE LOS ENTREVISTADOS.	132

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1	EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	95
GRAFICA No. 2	AREA A LA QUE PERTENECEN LOS ENTREVISTADOS	97
GRAFICA No. 3	ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS	99
GRAFICA No. 4	EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS	101
GRAFICA No. 5	ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS.	103
GRAFICA No. 6	NUMERO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS.	105
GRAFICA No. 7	ARREGLO PERSONAL PARA LLAMAR LA ATENCION DEL SEXO FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS	107
GRAFICA No. 8	ACERCAMIENTO FISICO HACIA EL SEXO FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS	109
GRAFICA No. 9	ENAMORAMIENTO DE LOS ENTREVISTADOS.	111
GRAFICA No. 10	RELACION DE PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS	113
GRAFICA No. 11	UTILIZACION DE CARICIAS EN LA RELACION AMOROSA DE LOS ENTREVISTADOS	115
GRAFICA No. 12	LENGUAJE VERBAL PARA RELACIONARSE CON SU PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS	117
GRAFICA No. 13	MANIFESTACION DE SEXUALIDAD POR MEDIO DE LA ESCRITURA A LOS ENTREVISTADOS	119
GRAFICA No. 14	CONSIDERACION DE LA SEXUALIDAD COMO TABU DE LOS ENTREVISTADOS	121

GRAFICA No. 15	ABSTINENCIA SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS	123
GRAFICA No. 16	RECUERDOS EROTICOS DE LOS ENTREVISTADOS	125
GRAFICA No. 17	MASTURBACION EN LOS ENTREVISTADOS	127
GRAFICA No. 18	DESEO DE RELACION SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS	129
GRAFICA No. 19	FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES DE LOS ENTREVISTADOS	131
GRAFICA No. 20	USO DE PRESERVATIVO DE LOS ENTREVISTADOS	133

INTRODUCCION

La presente investigación se ha estructurado con el objeto de conocer el manejo de la sexualidad en la población masculina de la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet".,

La realización de este trabajo permite analizar cómo manifiesta su sexualidad la población masculina en el asilo Arturo Mundet, para proponer una mejor comprensión y aceptación por parte del personal de Enfermería, del personal en general y familiares hacia dichas manifestaciones.

Se considera que el presente trabajo es de gran importancia debido a que se ha abarcado poco sobre elaboración de trabajos de investigación en este campo.

Para realizar el análisis integral y sistematizado de este trabajo, se ha estructurado en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se presenta la fundamentación del tema de investigación que incluye la: descripción de la situación problema, la identificación del problema, la ubicación del tema de estudio, la justificación de la investigación y los objetivos de la investigación.

En el segundo capítulo se describe el Marco Teórico, en el que se presentan los aspectos básicos de la Gerontología, Sexuali

dad y Sexualidad en la vejez.

En el tercer capítulo se presenta la Metodología que incluye las hipótesis, las variables, el tipo y diseño de investigación y las técnicas e instrumentos utilizados.

En el capítulo cuarto, se presenta la instrumentación estadística en la que se describe el universo, la población y la muestra, se realiza el procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de resultados.

Los últimos capítulos los ocupan las conclusiones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en el quinto, sexto, séptimo y octavo capítulos, respectivamente.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La Casa para Ancianos "Arturo Mundet", está a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, desde el año de 1982, llevando este nombre por su donador. Dicha Institución forma parte de la Dirección de Asistencia Social y a su vez de la Subdirección de Rehabilitación y Asistencia Social.

El objetivo de la Casa Hogar "Arturo Mundet" es dar asistencia Gerontológica, promoviendo el bienestar biopsicosocial de los ancianos como miembros de una sociedad y familia, mediante los servicios que generalmente presta como son: servicio médico, nutricional, trabajo social, educacional (terapia ocupacional y recreativa), administrativo y servicios generales.

En dicho asilo, el anciano a pesar de su avanzada edad, expresa tener presente su sexualidad, manifestándola de diversas maneras, ya sea mostrando alegría o gusto de convivir con los demás residentes, el personal que labora en la Institución en general y estudiantes que acuden a realizar prácticas de disciplinas afines con la Gerontología.

Se puede observar algunos aspectos de las relaciones de estos ancianos con los demás de ellos, mujeres como amigas y esposas o pareja en términos generales.

A esto se le agrega la similitud, la reciprocidad y la compatibilidad entre ellos. Dichos aspectos se manifiestan de manera verbal y no verbal.

A nivel verbal una relación íntima con otros residentes implica compartir ideas y actitudes similares, así como intercambios emocionales francos y espontáneos. También puede incluir expresiones de afecto y amor.

Las expresiones no verbales van desde la semejanza de comportamientos, ademanes y forma de vestir, hasta la cercanía y frecuencia con que se ven y se tocan. También existe el hecho, a veces inesperado de sentirse conmovido por la presencia física de alguien.

Las expresiones físicas de intimidad varían desde un saludo de mano o una palmada en el hombro, hasta un efusivo abrazo o deseo de tocar o tener encuentros más íntimos con la persona amada. Estas actitudes predominan en los residentes del sexo masculino, independientemente de su estado civil.

Existen residentes solteros que en su edad tuvieron alguna relación, pero nunca se casaron por no asumir responsabilidades, residentes que por la falta de educación sexual y lo que llegaron a expresar, era manejado como algo malo o pecaminoso o una serie de mitos y tabú.

También está la presencia de residentes que vivieron solos debido al abandono de su pareja o por viudez, y en menor proporción, aquellos que aún conviven dentro del asilo con su pareja.

Estos últimos son ancianos que llegaron a la institución como matrimonio o los que dentro ya del asilo contraen matrimonio o llevan una relación de noviazgo, incluso tienen destinada una habitación por pareja que está adaptada como su pequeño hogar.

Muchas de estas manifestaciones de la sexualidad están todavía consideradas tabús, por una persona madura y aún más para un anciano, por lo que a veces estos tienen sus manejos de la sexualidad muy reprimida y con temor al que dirán.

Por todo lo anterior, queda la duda de saber con mayor precisión cuál es el manejo de la sexualidad en ancianos de la Casa Hogar Arturo Mundet.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

La pregunta que emana de la situación problema es la siguiente:

¿Cuál es el manejo de la sexualidad en ancianos del sexo masculino en la Casa de Ancianos "Arturo Mundet" en México, D.F.?

1.3 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

El presente tema de investigación se ubica dentro de las siguientes disciplinas:

Gerontología porque es la disciplina encargada del estudio del proceso de envejecimiento desde sus aspectos biológico, psicológico y social.

Psicología porque es la ciencia que se dedica al estudio de la mente y los procesos mentales especiales en relación con la conducta humana.

Sexología porque es una de las disciplinas que estudia lo referente a las relaciones sexuales de los individuos desde el punto de vista biológico, tomando al hombre como ser biopsicosocial que piensa y convive con otros seres humanos.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación surge de la inquietud que despiertan ciertos comportamientos observados en los residentes del sexo masculino principalmente, dentro de la Casa para Ancianos "Arturo Mundet", así como el antecedente que existe de la escasez de elaboración de trabajos de investigación en este campo.

Esta misma aportaría información sobre el adecuado manejo de

un anciano que pretende manifestar su sexualidad, pudiéndole proporcionar mayor seguridad y apoyo a dichos residentes.

No sólo la información puede ser utilizada para el personal de una institución, sino dentro del mismo seno familiar para una integración óptima, fomentando la existencia de una educación sexual libre de tabú y conceptos equivocados de lo que implica la sexualidad y sobre todo como la concibe un anciano.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.5.1 General

Analizar el manejo de la sexualidad en la población masculina de la Casa Hogar "Arturo Mundet" en México, D.F.

1.5.2 Específicos

- Identificar cuáles son las principales formas en que el anciano manifiesta su sexualidad en la Casa Hogar "Arturo Mundet"
- Conocer las barreras que impone la sociedad al manejo de la sexualidad en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet".

2. MARCO TEORICO

2.1 ASPECTOS BASICOS DE GERONTOLOGIA

2.1.1 Conceptos de Gerontología

Existe una confusión general, no sólo a nivel popular, sobre los conceptos de Geriatria y Gerontología. Incluso en organismos oficiales se habla de "Centros Gerontológicos", "Jornadas Gerontológicas", etc., para indicar actividades en donde aparecen los ancianos jugando tranquilamente. Hay administradores de residencias que no saben si su centro es geriátrico, gerontológico o ambos a la vez.

Según Fernando Periado, la Geriatria, "es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y enfermedad de los ancianos. La Geriatria es la medicina práctica para los ancianos, que incluye no sólo la patología, sino aspectos relacionados con su tratamiento y un enfoque general de los problemas sociales, de administración, y de coordinación de servicios. Se trata de una ciencia aplicada que también puede tener investigación de carácter clínico. La Geriatria nació como un intento serio por recuperar una gran mayoría de aquellos ancianos que estaban postergados y olvidados en camas de hospitales.

Gerontología

Es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos

biológicos, psicológicos y sociales. Se trata de una ciencia básica, cuya función es la de suministrar datos sobre los fenómenos que influyen en el comportamiento, en la sociología, en la fisiología, y en último término en la bioquímica celular".¹

Para Pietro de Nicola, Geriatria "significa medicina de los an cianos. Esta definición incluye en un sentido moderno, la asistencia médica; es decir, la prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica. Gerontología significa el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias. Esta definición comprende desde los unicelulares a los más complejos, terminando con los animales superiores y el hombre. El envejecimiento no sólo tiene consecuencias biológicas, sino también médicas, psicológicas y socioeconómicas y en este sentido se superpone los términos geriatria y gerontología hasta ser casi sinónimos".²

Sin embargo, Raquel Langarica Salazar, define "La Geriatria como la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de los ancianos. Y la Gerontología como el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (anatomía, fisiolo-

¹Fernando Periado. Geriatría. Ed. Científico-Médica. 1a. ed. Barcelona, 1980. p. 16.

²Pietro de Nicola. Geriatría. Ed. El Manual Moderno. 1a. ed. México, 1989. p. 1

gía y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales), y sociales, como sería la introducción y de sempañeo de papeles en la familia, en el grupo o en la población en que se vive.

Sin embargo, hasta hace poco, el término geriatría se relacionaba con enfermos crónicos e inválidos que por alguna razón ha bían rebasado expectativas de vida ciertamente limitadas. Hoy en día, con el avance de la tecnología médica, la nutrición menos deficiente, la higiene, los sistemas de seguridad social y otros factores, se han incrementado los intentos para que las personas de edad avanzada reciban atención de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. El contenido primordial de tales acciones es contribuir a que tornen su vida habitual con el mayor grado de autosuficiencia posible.

Cabe señalar que los procesos patológicos de que se ocupa la geriatría, se desarrollan en un organismo modificado por el envejecimiento normal, por lo que su forma de presentación es atípica, insidiosa y frecuentemente múltiple; razones que exigen del equipo de salud la aplicación de técnicas que tomen en cuenta el estado de involución de los órganos y las características psicológicas y sociales del anciano, sin posturas alarmistas y sin optimismo exagerado, que por irreal está fuera de lugar. De esta manera, la Geriatría pasa a ser una faceta más de ese todo integrador que es la Salud Pública, puesto que tras

ciende el ámbito de diagnóstico y tratamiento propios de la me
dicina interna, abarca aspectos de fomento de salud, preveni
vos y sociales, a la vez que incorpora la administración y coor
dinación de servicios para la vejez".³

La Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", cumple con las ca
racterísticas ideales para dar mejor calidad de atención al an
ciano que reside en dicho hogar, ya que cuenta con los servi
cios necesarios para su bienestar biopsicosocial.

2.1.2 Edades de interés Geriátrico

"En el estudio de Geriatria y Gerontología, ante todo, se ne-
 cesita establecer una definición de anciano, y en general de
 las edades que interesan a estas disciplinas, después de la in
fancia, la adolescencia y la edad adulta.

1. Edad intermedia: abarca aproximadamente de los 45 a los 60
 años, y también se denomina presenil, primer envejecimiento o
 crítica. En esta edad aparecen los primeros signos de enveje-
 cimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predis
posición al desarrollo de varias enfermedades que requieren,
 sobre todo, medidas preventivas. El término edad intermedia es
tá aceptada inclusive por la Organización Mundial de la Salud.

³Raquel Langarica Salazar. Gerontología y Geriatria. Ed. Inte-
 ramericana. 1a. ed. México, 1989. p. 3

2. Senectud gradual: es el período de los 60 a 70 años, y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.

3. Senelidad o vejez declarada: Esta edad se inicia alrededor de los 70 a 90 años, e incluye, en sentido estricto, al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social, y sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

A los ancianos mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad".⁴

De acuerdo con lo observado en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", se puede decir que los conceptos de Geriatria y Gerontología en ocasiones causan confusión general, y no sólo a nivel popular, ya que estos términos podrían ser considerados como sinónimos; y sin embargo, con el avance de la ciencia se ha provocado una particularización de la Geriatria y Gerontología, considerando a la Geriatria como una especialidad médica que hasta hace poco, se relacionaba con enfermos crónicos

⁴Pietro de Nicola. Op. cit. p. 2

e inválidos, que por alguna razón habían rebasado expectativas de vida ciertamente limitadas; la disciplina nació como un intento serio de recuperar una gran mayoría de aquellos ancianos que estaban postergados y olvidados en camas de hospitales.

A la Gerontología se le han reservado el estudio de las manifestaciones del proceso de envejecimiento, enfocándose en las tres áreas constitutivas del hombre, como entidad biopsicosocial.

2.1.3 La Vejez en la Historia

"A través de la evolución humana se han adoptado diversas actitudes respecto a la senectud. En las sociedades primitivas, las etapas por las que atraviesa el ser humano (infancia, adolescencia, adultez y vejez) ni siquiera estaban claramente definidas. En algunas otras se marcaba la transición de una etapa a otra a través de algún rito mágico, esperando que con sólo este hecho, la persona asumiera una nueva actitud, de acuerdo con lo que se esperaba de ella. En algunas de estas sociedades, quienes vivían lo suficiente para volverse enfermizos y débiles, o enviudaban, eran segregados del resto de la comunidad, y a veces ignorados; esto en los mejores de los casos".⁵

⁵INSEN. Psicología de la Vejez. Ed.-INSEN. México, s/f. p. 8

Considerando que a través de los años la evolución humana ha presentado actitudes diferentes respecto de la vejez, cabe recalcar que en algunas sociedades se ignoraba a los viejos.

"Para otros pueblos y tribus la vejez es tan terrible que los ancianos sufren los más crueles tormentos, si es que llegan a esa edad. Algunos prefieren morir antes que envejecer, pues saben el final que les espera; ya que en ocasiones, o son muertos o enterrados vivos. Por otro lado, tanto para los griegos como para los romanos, la juventud representaba su valor máximo y se prefería la muerte antes que conocer las penalidades de la vejez. Algunos pueblos, principalmente el chino, asocian la vejez con la sabiduría, esto hace que los ancianos sean respetados y que la llegada a esta edad sea esperada con ansia. El viejo es un personaje digno; el culto a la juventud no constituye de ninguna manera la norma. La posición que las diferentes sociedades toman respecto al hecho que nos ocupa, se halla determinada por la escala de valores sociales que sustentan, y en la medida que el anciano se ajuste a ellos, es el trato que reciben".⁶

En algunas sociedades, al anciano se le trataba de una manera cruel y tormentosa, algunos preferían morir que envejecer ya que a veces los enterraban vivos. Para los griegos y los roma

⁶ Ibid. p. 10.

nos la juventud era más importante que la vejez; por el contrario, los chinos consideraban a la vejez como sinónimo de sabiduría y esperaban la vejez con ansia.

"En la sociedad actual, la industrialización juega un papel muy importante y ha determinado el establecimiento de nuevos parámetros para elevar su población; la eficiencia y la productividad rigen al sistema comunista. Y el anciano no tiene cabida en ellos, es excluido del sistema productivo y su rol social es desvalorizado, con la consiguiente actitud de menosprecio hacia él. Si bien anteriormente este sector de la población había permanecido ignorado, varios factores han contribuido a que se les empiece a prestar mayor atención. Entre los factores más importantes están:

- Aumento de la esperanza de vida, provocada por los avances médicos, tecnológicos, y por las mejores condiciones de vida.
- Inversión de la pirámide poblacional, causada por los factores anteriores, lo que ha hecho que el número de ancianos se incremente.
- Aumento de las enfermedades degenerativas que causan invalidez en las personas de la tercera edad.

Por lo antes mencionado, se hace necesario que la sociedad otorgue mayor atención a la población senecta, de modo que ésta no

se convierta en un problema social. Pero aquí cabría hacer una aclaración: la vejez no tiene por qué representar un problema y si esta situación se ha presentado es porque la sociedad no ha ofrecido alternativas adecuadas para este sector de la población. En la medida que se conozca más el fenómeno, mejores serán las opciones para ofrecerlas".⁷

Se observa que en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" se da la importancia que requiere la población de la tercera edad, tratando de integrar al anciano al sector productivo, y no se le ve como algo sin valor, seguramente se considera que en la actualidad la población mexicana es joven, por lo que en épocas futuras la población será, en su mayor parte, senecta, por lo que hay que abrir nuevos horizontes a dicha población.

2.1.4 Teorías del Envejecimiento

"Existen muchísimas teorías para definir el cuándo y el porqué del proceso de envejecimiento. La teoría del uso y desgaste sugiere que, con el paso del tiempo, las funciones biológicas del organismo se deterioran hasta el punto en que son incapaces de mantener la vida; tal deterioro es el resultado de las interacciones entre el individuo y el ambiente externo, a lo cual se

⁷ Ibid. p. 11.

agrega la pérdida y la degeneración de los tejidos, como consecuencia de los ajustes que el organismo, a lo largo de la vida, tiene que hacer para mantener su homeostasis interna. Otra teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado inmediato de los cambios que tienen lugar en el mecanismo de defensa inmunitaria; tales cambios se deben a que el organismo produce una cantidad menor de anticuerpos, o que es incapaz de diferenciar entre las sustancias que le son propias y aquellas que le son ajenas".⁸

En el residente del Asilo Mundet no es posible distinguir cuáles cambios, presentes en el individuo de edad avanzada, se deben directamente al proceso de envejecimiento, y cuáles son las manifestaciones que se deben a la gran variedad de factores ambientales que lo rodean. Sin embargo, los conocimientos actuales acerca de los cambios durante la vejez, se deben a la comparación entre grupos de jóvenes y viejos, a medida que cada uno de ellos van creciendo.

Se han anunciado numerosas teorías para explicar este fenómeno biológico que es común a todos los seres vivos. La más interesante es la llamada teoría nerviosa del envejecimiento; las células nerviosas sufren destrucción lenta, pero progresi-

⁸ Mezel Doval. Evaluación de la Salud en el Anciano. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1ª. ed. México, 1984. p. 8.

va, en el curso de su existencia, pero al contrario de otras, no se renuevan ni son substituidas por nuevas células. En todos los órganos llega a desaparecer la acción reguladora del sistema nervioso sobre la homeostasis, y ello explicaría también las alteraciones morfológicas y funcionales que caracterizan el envejecimiento. Se pueden hacer consideraciones similares para el sistema endócrino, y la reducción de las funciones de regulación en estas personas.

La teoría autoinmunitaria considera que durante el envejecimiento las células producen substancias anormales que no son reconocidas por las células inmunocompetentes, sobre todo los linfocitos, y las células plasmáticas y cabadas. La antigua teoría del uso y consumo, se basa en que en cada organismo existe una determinada reserva (o cúmulo) de energía no renovable, y que una vez agotada se presentan la degeneración y la muerte. La teoría de la calcifilaxia, propuesta por Sayle, admite que las alteraciones de mayor importancia en el envejecimiento son las debilidades a la calcificación difusa de la piel los vasos y diversos órganos.

"También es válida y actual la teoría del envejecimiento de la colágena, es decir, la formación de enlaces cruzados inter e intramoleculares en la colágena y el DNA. Se modifican así las membranas capilares y celulares, se depositan calcio y colesterol, se altera el intercambio nutricional y aparecen, en con

secuencia, signos de sufrimiento y degeneración celular y tisular, que son substituidos por tejido y colágeno, provocando la atrofia senil de los diversos órganos y tejidos. Según la teoría de las mutaciones, durante el envejecimiento se producen cambios celulares espontáneos con modificaciones morfológicas y funcionales que deterioran las funciones de las células, y por tanto de todo el organismo".⁹

Lo que se ha dicho anteriormente, se relaciona con las características observadas en algunos ancianos, de la Casa Hogar, ya que se ha comprobado que los individuos radiados mueren más jóvenes que los que no reciben radiaciones, y se observan en ellos, con mayor frecuencia, enfermedades degenerativas.

"En efecto, parece lógico pensar que el hombre, como ser vivo, y por estar ubicado en un ambiente, está sujeto a las leyes de la termodinámica, merced a la cuál intercambia energía con el medio. De esta manera, sólo tiene una alternativa: sobrevivir o morir, previo paso por la enfermedad, que en este caso sería una incapacidad o una lucha por la adaptación. En esta teoría no se convierte al hombre en un ente aislado de un ambiente; por el contrario, se le ubica en él, intercambiando influencias, de tal suerte que el envejecimiento viene a ser una forma de adaptación para sobrevivir; es decir, el resultado de

⁹Pietro de Nicola. Op. cit. p. 5.

la influencia, directa o indirecta, de los múltiples estímulos provenientes del medio, que convergen en la estructura genética del hombre.

Las variaciones del medio, en sí mismas, son muy amplias, pero además son perturbadas en forma importante y hasta violenta por el control que el hombre ejerce, a nivel local, sobre las condiciones ambientales, cuando crea microambientes limitados, con iluminación, ventilación, temperatura y humedad estables, alterando así las funciones orgánicas que en otra época eran regidas por los ritmos de la naturaleza".¹⁰

Se considera que entre los ancianos del "Asilo Mundet" las novedades que el hombre ha creado influyen en él, favoreciendo o poniendo en peligro su vida, al hacer variaciones en el ambiente donde habita.

2.1.5 Mitos del Envejecimiento

"El desconocimiento de esta etapa de la vida ha generado una serie de creencias a nivel popular, y a veces a niveles más altos, sobre lo que la senectud representa. Estos mitos subyacen en el comportamiento que la sociedad en general observa con el anciano. Algunos de los mitos más frecuentes son:

¹⁰Raquel Langarica. Op. cit. p. 5.

- Mito del envejecimiento cronológico. Es la idea de que la edad se mide solamente por el número de años vividos. No se toman en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales que lo determinan.
- Mito de la improductividad. Para que el anciano se mantenga productivo e interesado en la vida debe ser sano, y no enfrentar demasiadas adversidades sociales, situaciones que no se ven resueltas en la mayoría de la población senecta.
- Mito de la desvinculación. Se refiere a la creencia de que la retirada progresiva de los intereses de la vida, forman parte necesaria del proceso de envejecimiento.
- Mito de la inflexibilidad. Dice que el anciano es incapaz de cambiar y adaptarse a situaciones nuevas.
- Mito de la senilidad. la senilidad se refiere a la pérdida de la memoria, disminución de la atención, y a la aparición de episodios confusionales, pero no es una condición inherente a todos los ancianos.
- Mito de la serenidad. Sitúa al anciano en una especie de Paraíso Terrenal; cuando en realidad se encuentran sometidos a un mayor stress que grupos de otras edades (enfermedades crónicas, jubilación, pérdida de seres queridos, soledad, etc.). Todo ello origina mayor tendencia a la ansiedad, a la

depresión y a la pena, consecuentemente a la disminución de la autoestima, provocada también por la devaloración de su rol".¹¹

Se ha observado que al desconocer las causas del comportamiento del anciano los individuos que lo rodean lo hacen comportarse en determinada manera, ya que guían sus expectativas con base en sus ideas del comportamiento del anciano.

"Según observa Elsdorfer (1983): Nuestras creencias, basadas en la ficción y en la no ficción, han relegado a los ancianos a un estado no productivo, deficiente, inactivo e inútil, con la pérdida de todo lo que contribuye a la capacidad personal, el desempeño, los roles y la condición social o estatus de las personas en el mundo.

La idea más perjudicial es que todo lo concerniente a la senilidad forma parte inevitable del envejecimiento. La senilidad, estado caracterizado por graves lapsos de olvido, obnubilación del pensamiento, y otros signos de deterioro mental, no es en absoluto un resultado inevitable del envejecimiento. Cuando los ancianos parecen olvidar las cosas o querer recordar su pasado, nos equivocaremos si pensamos que su mente empieza a dívagar. Pensar en el pasado es una etapa natural en los últimos

¹¹ INSEN. Op. cit. p. 15.

años de la vida, algo así como poner en orden las cuestiones mentales".¹²

En el país se puede ver que ha aumentado el número de Casas para Ancianos, porque a los 50 años es difícil encontrar un empleo. No se encuentran programas encaminados a explotar ciertas actitudes y actividades que bien pudiesen llegar a desarrollar los ancianos.

2.1.6 Cambios físicos del Envejecimiento

Según Raquel Langarica, los principales cambios físicos que se dan en el anciano son: "La piel del anciano es menos vascularizada que la del adulto joven, es seca, poco elástica, poco turgente, flácida y arrugada; hay prurito y favorecimiento de las infecciones cutáneas. Todos los cambios de la piel del anciano obedecen a modificaciones en la epidermis, del contenido de agua y adiposidad subcutánea, lo que se traduce externamente en arrugas, pigmentación senil conocida comúnmente como pecas, y se denomina lentigo senil. Las manchas de lentigo se presentan en cara, cuello, en el dorso de las manos, brazos y antegrazos, pero es frecuente el color café (pardo) más o menos oscuro. Las arrugas, es usual que se inicien en el ángulo externo del ojo y en las comisuras labiales; se forman en sen

¹² Charles Morris. Psicología un Nuevo Enfoque. Ed. Prentice Hall. Hispanoamericana, S.A. 5a. ed. México, 1987. p. 731.

tido perpendicular a la dirección de contracción del músculo o grupo muscular que hay debajo de la piel, y serán más marcadas cuanto más gesticulación haga la persona y cuanto más pérdida de tejido graso subcutáneo haya".¹³

Se ha observado en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet" que los cambios de la piel contribuyen a la principal característica del envejecimiento. Decimos que una persona empieza a envejecer cuando en ella observamos las primeras arrugas, sobre todo en las facciones de la cara y en las partes del dorso de la mano.

Como menciona Raquel Langarica, la dermis es la estructura de la piel que más cambios presenta.

Se puede confirmar, entonces, que las características o cambios de la piel son en efecto las comentadas en el texto, y que pueden observarse: piel seca, arrugada, con manchas o pecas color café (parda). Estos cambios de la piel propician lo que es un cambio de facciones de la cara, y es entonces cuando hay flacidez de la piel de la cara y del cuello, más notables que la de los brazos, piernas y tórax.

Los Ojos

"Las estructuras oculares también se afectan por las alteracion

¹³Raquel, Langarica. Op. cit. p. 26.

nes de la colágena, la deshidratación y pérdida de grasa. Esta última origina un notable desplazamiento posterior del globo ocular, que se hunde en la órbita; como consecuencia hay laxitud y descenso del párpado superior, inversión del párpado inferior hacia adentro o hacia afuera.

La pupila es de menor tamaño. Brucklerhurts opina que esto es "quizá por atrofia y creciente rigidez del iris", lo que explicaría la lentitud del reflejo pupilar ante el estímulo luminoso.

El cristalino se agranda y pierde capacidad de acomodación, en especial para el enfoque de los objetos cercanos, originando la presbicia tan común en las personas viejas e inclusive prevejas".¹⁴

En los ancianos del asilo "Arturo Mundet" se ha observado que el ojo es otra de las características físicas fácil de identificar en un anciano; es de lo más común la falta de brillo en ellos, la expresión de tristeza que tienen debido a la reducción del tamaño corneal y al desplazamiento y reducción del ojo, según menciona Raquel Langarica.

"Los ojos se avejentan interna y externamente. Los párpados se hacen bolsudos y pierden su elasticidad. Las glándulas lagri-

¹⁴Raquel, Langarica. Op. cit. p. 27.

males pueden atrofiarse, haciendo que los ojos se hagan secos y duelan. Las cataratas son comunes en muchos ancianos, ocasionando pérdida visual. La retina sufre también a causa del proceso de envejecimiento. El problema más común es una degeneración de la porción de la retina llamada mácula, que en su forma más grave ocasiona una ceguera incapacitante".¹⁵

En los ancianos de edad avanzada se pueden confirmar los cambios en los ojos; en efecto, se observan sus ojos sumidos y hundidos y bolsudos, en forma de grandes ojeras, y también el párpado caído. Además, no todos, pero sí en su mayoría, los ancianos ya no cuentan con la misma agudeza visual. Se ha observado la presencia de cataratas o algún otro cambio físico que les perjudica la visión.

Los Oídos

"Con la edad, la oreja o pabellón auricular presenta relajación y atrofia de los tegumentos del lóbulo.

Esta elongación o alargamiento del lóbulo de la oreja altera en forma muy importante el aspecto facial de una persona; aunque desde el punto de vista funcional carece de importancia."¹⁶

¹⁵Dennis, Lorraine. Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana. 1a. ed. México, s/f. p. 357.

¹⁶Raquel, Langarica. Op. cit. p. 27.

Los Labios

"En los labios, con la pérdida de elasticidad muscular y de piezas dentarias, el músculo orbicular de los labios queda sin sustentación y se retrae para hundirse en la cavidad bucal, llevando tras de sí la piel de los labios, que se arruga hacia adentro, dando la apariencia de que la punta de la barba sobresale".¹⁷

Esta característica se pierde un poco en la actualidad, debido a que se observa en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Munded" la utilización de prótesis dentales, pero aún así se ha visto la protuberancia de la barbilla.

La Nariz

"La nariz, con el envejecimiento, presenta arrugas, cuya forma y profundidad depende del tipo y frecuencia de la gesticulación. En la punta nasal y en los pliegues nasolabiales aumenta la masa muscular, por lo que la nariz se muestra roja. La punta de la nariz sufre una elongación, modificando a veces, en forma muy importante, el aspecto de perfil de la persona.

En cuanto a las vibrisas (vellosidades implantadas en la mucosa), o se pierden o aumentan".¹⁸

¹⁷ Raque, Langarica. Op. cit. p. 30.

¹⁸ Id.

Se ha observado que en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet" la nariz da el aspecto de haberse agrandado demasiado, aunque se sabe que es muy poco el aumento, y también contribuye a esta apariencia la deshidratación y pérdida de la grasa cutánea.

También se puede observar el aumento de las vellosidades en las fosas nasales.

El Pelo

En lo que corresponde al pelo, Langarica dice que:

"Con el envejecimiento, el pelo del tronco del cuerpo desaparece poco a poco. Más tarde se pierde el pelo de pubis y axilas; la caída del pelo en estas zonas es más intensa y más temprana en las mujeres. La pérdida de pelo de la cabeza es más frecuente e intensa en el hombre. En otros sitios, como cejas, conducto auditivo y fosas nasales, por el contrario, se hace más largo y más abundante en los hombres viejos. En la mujer puede aparecer pelo en el labio superior y en el mentón. La pérdida de pigmento no es uniforme; de ahí que cuando se ha iniciado el proceso de encanecimiento, la cabellera muestra distintos matices entre el color propio, el gris y el blanco. Lo frecuente es que la canicie, en la cabeza, comience por el pelo de las sienes, propagándose hacia la nuca. También encanece el pelo corporal o vello, pero siguiendo un curso distinto".¹⁹

¹⁹ Ibid. p. 32.

En el anciano es muy común la escasez de pelo, sobre todo en los varones, que lo pierden en su mayoría, principalmente de la parte frontal hacia la occipital; es decir, en la parietal ya casi no se les observa. En cambio, las mujeres ancianas suelen tenerlo completo, aunque ya no en su mismo espesor o volumen. Con frecuencia se observa más claramente la caída de éste en las almohadas o en las sábanas de la cama. No en todos, pero en la mayoría, el pelo es completamente cano, aunque hay excepciones.

Las Uñas

Al respecto se sabe que "las uñas viejas presentan bordes irregulares, fragilidad, estrías longitudinales y pérdida de brillo. En los dedos de los pies de la persona anciana, es frecuente observar que las uñas se engruesan y se curvan".²⁰

Las uñas de los residentes de la Casa Hogar "Arturo Mundet" tienen un aspecto grasoso y amarillento, aunque es más marcado en las uñas de los pies que en las de las manos.

Sistema Muscular

Se conoce así a las estructuras vitales, que cubren los huesos y dan forma a la persona; consiguen su tamaño y fuerza óptimas

20

Id.

cuando el individuo alcanza la madurez completa hacia la mitad de la segunda década. El estado muscular del anciano depende del tipo de vida que el individuo lleve. Cuando más robusta, físicamente sea la persona, más voluminosa y fuerte se mantendrán los músculos. Estos músculos son en gran parte reemplazados por una gran cantidad de tejido adiposo en aumento, el cual puede no sólo compensar la pérdida de volumen, sino también crear nuevos bultos en lugares no deseados".²¹

De acuerdo con lo que menciona el autor, los ancianos de la Casa Hogar "Arturo MundeT" presentan mayor flacidez muscular, y esto depende en su gran mayoría del tipo de vida que llevaban durante la edad adulta, y de su constitución física.

La desmineralización esquelética propia del proceso de envejecimiento, es decir, la que no está relacionada con enfermedades, se llama osteoporosis primaria. Obedece a diversos factores como son: insuficiente ingesta de calcio, o pérdida de mineral por vía digestiva o urinario, y llega a causar inactividad física, que puede estar motivada por otras causas como pies dolorosos.

Debido a la osteoporosis senil, los huesos se vuelven frágiles y más susceptibles de fracturas, aún con traumatismos leves".²²

²¹Ronald, Cape. Geriatría. Ed. Salvat. 1a. ed. España, 1982. p. 21.

²²Raquel, Langarica. Op. cit. p. 34.

Se puede decir que el sistema esquelético de un anciano es muy frágil debido a la pérdida de calcio; es muy común escuchar a algún anciano del Asilo Mundet quejarse de dolor en sus huesos, y se observa que su marcha es lenta y pausada.

Columna Vertebral

"La osteoporosis de las vértebras y la pérdida de espesor de los discos intervertebrales, por deshidratación, son causantes de la disminución de la longitud de la columna vertebral y por consiguiente de la talla corporal. Una de las modificaciones generales por osteoporosis, que más afectan la apariencia de una persona de edad avanzada, es la cifosis dorsal, que altera la estética del tórax.

Para compensarla, es frecuente la flexión de rodillas y de caderas sobre la pelvis, lo cuál se traduce en una disminución de estatura que se ha calculado en cinco centímetros como promedio. Por la cifosis dorsal, la persona tiende a inclinar la cabeza hacia adelante, mirando siempre al suelo, o bien hacia atrás, en cuyo caso se reduce la distancia occipito-hombro, y la silueta sugiere en su contorno un número tres. La osteoporosis de la columna dorsal se asocia a la de costillas, modificando la anatomía del tórax y alterando las funciones ventilatorias".²³

²³ Id.

Como dice Dennis en su libro de Psicología Evolutiva, entre más envejece la gente, se va encogiendo, a casua del encorvamiento de la columna vertebral. En una radiografía se observa, en forma laterla, que la columna toma un aspecto de signo de interrogación (?) en las vértebras torácicas y parte de las cervicales, lo cual contribuye a que un anciano reduzca su tamaño más de 5 cm. como dice Langarica.

También hay que hacer notar que a un anciano, debido a su posición corporal, le es difícil mantenerse en pie.

Miembros Superiores

"En lo que toca a las articulaciones, las que ofrecen menos alteraciones son las de los miembros superiores, aún cuando son frecuentes las molestias en el hombro por inflamación de la cápsula sinovial, el alargamiento de la distancia húmero acromial y, a veces, presencia de osfitos. Debido a la pérdida estatural, por los cambios que se presentan en la columna vertebral, las proporciones cambian: los brazos lucen más largos."²⁴

La observación que se hace es que el anciano de la Casa Hogar parece tener los brazos más largos que las piernas, pero esto es debido, como se mencionó, al cambio físico de la columna vertebral.

²⁴ Ibid. p. 35.

Miembros Inferiores

"Los puntos articulares que presentan mayores cambios, que pueden llegar a lo patológico, son aquellos que soportan mayor presión y desgaste, como la articulación coxofemoral y la de la rodilla. Precisamente en el centro articular de la cadera, acontecen fenómenos de envejecimiento de suma importancia. Es común que en las zonas de mayor presión, como la cadera, el cartílago articular pierda tersura y presente descamación e incluso salientes o erosiones, lo que contribuye a los fenómenos algésicos e invalientes. La articulación de la rodilla es uno de los puntos del miembro inferior que mayor presión soporta".²⁵

Se observan en el anciano de la Casa Hogar, los miembros inferiores flexionados y separados en forma de arco, que se apoya en un bastón o en los muebles al caminar, y se queja con frecuencia de tener dolor en estos miembros.

Raquel Langarica menciona que, con el envejecimiento, es frecuente la alteración llamada pie plano, debido a la debilidad muscular, que aun siendo generalizado, es más evidente en los pies, debido a que los músculos se debilitan y los ligamentos se distienden, perdiendo así eficiencia como medios de sostén. La insuficiencia de los músculos es más notoria en el tibial posterior y en el peroneo lateral largo, dando lugar a modifi-

²⁵Id.

caciones en la disposición de los huesos.

Como consecuencia, el pie gira hacia afuera (valgus) y los centros de presión se desplazan hacia el borde interno del pie. Los arcos de la bóveda plantar se desequilibran, la cabeza de la primera falange y la cabeza del metatarsiano son presionadas hacia abajo, propiciando la aparición de callosidades, lo cual compromete el equilibrio corporal, la alineación y la marcha".²⁶

Dentro de la Casa Hogar "Arturo Mundet", las alteraciones antes mencionadas se observan en ancianos de edad muy avanzada y/o en personas que en su juventud tuvieron un desgaste físico elevado, debido a trabajos físicos muy pesados, y a las modificaciones de los huesos; el arco plantar en el anciano no puede permanecer por mucho tiempo de pie, pues inmediatamente hay una manifestación de cansancio y dolor, llegando a perder el equilibrio y caer.

El Tórax

Raquel Langarica dice que "en el anciano, debido a las modificaciones óseas, que originan disminución del diámetro transversal, la línea media clavicular de cada lado se desplaza hacia el centro quedando más cerca de los bordes del esternón, y el

²⁶

ibid. p. 40.

cuerpo de éste da la impresión de estar hundido. Si existe lordosis, el tórax se inclina y las regiones limitadas por estas líneas se muestran asimétricas."²⁷

En los cambios que sufre el tórax, se puede decir que éste se ancha y se achica dando la impresión de que el anciano es de talla corta y gruesa. Se compara el tórax de un anciano con el de una persona jorobada. Esto es posible debido al encorvamiento de la columna vertebral y a la formación de una joroba en la espalda.

2.1.7 Características Fisiológicas del Envejecimiento

Desde el nacimiento hasta la madurez todos los cambios biológicos se dan en el sentido de avance y desarrollo; de la madurez en adelante la situación cambia, y la suma total de variaciones lleva al deterioro y la involución. El envejecimiento es universal, pues se trata de un fenómeno normal.

Cambios Celulares

"A medida que la persona envejece, el número de células disminuye gradualmente, las células somáticas se clasifican en células capaces de reproducirse (células mitóticas) y células que no pueden reproducirse (células postmitóticas). Cuando por al-

²⁷Id.

guna razón se pierde alguna célula postmitótica nunca se reemplaza y su número va disminuyendo con la vejez. Las que perduran, muestran cambios que se relacionan con la edad. El más característico es la acumulación de un pigmento en el interior de los gránulos almacenados en el citoplasma. También hay datos de microscopia electrónica que muestran cambios en otros organelos celulares, por ejemplo deformaciones estructurales y disminución del número de mitocondrias y fragmentación de cromosomas.

En las matrices extracelulares del tejido conectivo se observa una serie de cambios bastante regulares relacionados con la edad. Los más importantes ocurren en la colágena, una macromolécula de cadena larga relativamente inerte producida por los fibroblastos, los procesos de resorción en las fibras de la colágena, una vez formadas son muy escasos. Las fibras recién formadas se integran en haces. El aumento de la densidad de este componente tisular afecta la difusión de nutrimentos y de sustancias de desecho y deteriora las funciones. Existen células que pueden reproducirse y otras que una vez involucionando jamás pueden volverse a reproducir."²⁸

En los cambios que se presentan durante la vejez se encuentran

²⁸Doris, Carnevall. Tratado de Enfermería Geriátrica. Ed. Interamericana, S.A. 2a. ed. México, 1988. p. 87.

los cambios fisiológicos; existe involución y deterioro, las células van disminuyendo gradualmente y muestran cambios característicos con la edad; en la colágena se presentan importantes cambios, los procesos de resorción son escasos, por lo que afecta la difusión de nutrimentos y de sustancias de desecho, y deteriora sus funciones.

Líquido extracelular y solutos

"Los cambios en el contenido de solutos del líquido extracelular son mínimos, sólo se descubren con el manejo estadístico de las cifras obtenidas en el análisis directo. En el plasma sanguíneo, la albumina disminuye gradualmente, pero la globulina aumenta, lo que da como resultado que la cifra de proteínas total se mantenga relativamente constante. El colesterol sanguíneo aumenta lentamente hasta los 65 años; a partir de entonces se estabiliza o comienza a disminuir en forma gradual."²⁹

Se considera que la vejez no influye en los cambios, a nivel los solutos, presentes en el líquido extracelular.

Aparato Cardiovascular

"A nivel de corazón existen hipertrofias cardíacas debido al envejecimiento, existen regiones fibróticas, las válvulas del corazón se engruesan y pierden movilidad. Debido a que las cé-

²⁹ Ibid. 89.

lulas miocárdicas pertenecen al grupo de las postmitóticas, tanto el reemplazo de la miofibrillas perdidas como el incremento en la masa muscular total, sólo pueden tener lugar mediante hipertrofia de los haces de las fibras residuales. Existe aumento del volumen celular, pero se ignora si este cambio tiene algún efecto sobre la hemodinamia del corazón. No hay duda que en condiciones de carga máxima, el volumen y el latido disminuyen, y por lo tanto el gasto cardíaco se reduce.

En los vasos sanguíneos, la elatina confiere su distensibilidad a las arterias; esta característica va disminuyendo con la edad. Gradualmente, las fibras elásticas se alarga, deshílanse agrietan y rompen en fragmento. Estos cambios aparecen junto con aumento de los depósitos de calcio, proceso al que se ha denominado elastoclasinosis. Tanto la túnica media como la lámina elástica de las arterias musculares se muestran afectadas.³⁰

Una vez presentándose la vejez, alguno de los residentes del "Asilo Mundet" presentaron cambios importantes a nivel de corazón, ya que a esa edad es frecuente que se presenten índices elevados de mortalidad por padecimientos cardíacos; a nivel de corazón existen hipertrofias y regiones fibróticas, los vasos sanguíneos pierden elasticidad, a través del tiempo, y se rompen en fragmentos; a este proceso se le llama elasticalcinosis

³⁰ Ibid. p. 90

por el aumento de depósitos de calcio.

Aparato Urinario

"En el riñón, el ser humano tiene al nacer aproximadamente un millón de nefrones en cada uno, hasta llegar a la edad madura³¹ aumentan de tamaño, pero el número total disminuye de un 30 a 40% durante la vejez. El deterioro comienza por esclerosis o deformación del glomérulo, seguida por atrofia de las arteriolas aferentes. Las nefronas que se atrofian no se reemplazan. La velocidad de filtración glomerular disminuye así como el flujo de sangre del riñón".³¹

Considerando lo anterior, se puede decir que respecto del riñón, los residentes de la Casa Hogar "Arturo Mundet" no presentan gran cambio, a excepción de un solo residente del área de enfermería.

Aparato Respiratorio

"Con la edad el diámetro anteroposterior del tórax se incrementa. Existe una calcificación de los cartilagos costales, limitación de los movimientos de las costillas y contracción deficiente de los músculos inspiratorios, esto contribuye a disminuir la distensibilidad de la pared torácica y la eficacia de los músculos. El número de alveolos pulmonares se reduce en

³¹ Ibid. p. 94.

forma gradual debido a la pérdida de tabiques interalveolares, los bronquiolos y los conductos alveolares se dilatan. El pulmón en los viejos es más rígido. A los 80 años, la utilización de oxígeno se reduce a 50% la cantidad máxima de oxígeno que se utiliza en condiciones de esfuerzo. El pulmón del anciano muestra disminución de la capacidad respiratoria máxima, y el volumen de espiración forzada y la capacidad funcional aumentan".³²

En el aparato respiratorio existen calcificaciones de los cartílagos costales, lo que limita los movimientos de las costillas, y provoca una contracción defectuosa de los músculos; el pulmón de los viejos es rígido y en alguno de los residentes del "Asilo Mundet" presenta serios problemas respiratorios.

Aparato Digestivo

"Los cambios en dicho aparato son relativamente escasos. Durante la vejez es bastante común la reaparición de epitelio columnar en la parte inferior del esófago, aunque no se ha definido si es manifestación de senectud, se supone que hay atrofia del intestino delgado. En el cólon del anciano la tónica muscular se encuentra engrosada, en vez de adelgazada, por la presencia de espasmos periódicos, lo que da lugar al incremento de la presión intraluminal, que a su vez produce desprendimientos de la

³²Ibid. p. 97

mucosa; generalmente el anciano presenta problemas de estreñimiento, lo que hace suponer que hay disminución de los movimientos peristálticos del cólon, y posiblemente reducción del tono de los músculos de la pared abdominal.

La secreción de saliva disminuye notablemente en los ancianos, lo que contribuye a la resequedad de la lengua y a la pérdida de la sensación del gusto. La acidez gástrica disminuye con la edad. La absorción es la función más importante del aparato gastrointestinal. Numerosos factores relacionados con la edad pueden tener influencia sobre esta función".³³

Aunque existen pocos cambios del aparato digestivo, entre los ancianos de la Casa Hogar existen cambios muy notorios, como el aumento de la presión intraluminal, lo que se cree que contribuye al estreñimiento, y por consiguiente a la disminución de los movimientos peristálticos; el anciano presenta alteraciones en el gusto y probablemente se debe a la disminución de la secreción de saliva.

Sistema Endócrino

Según Carnevall, los cambios fisiológicos más importantes que se dan dentro de este sistema son: Microscópicamente se observan fibrosis, infiltraciones celulares, y al igual que los ma-

³³ Ibid. p. 99

microscópicos, los nódulos microscópicos también aumentan. La triyodotrironina plasmática (T3) disminuye de 25 a 40%, después de la sexta década de la vida; la velocidad de captación de yodo radiactivo, por la glándula tiroides, disminuye con la edad; la respuesta tiroides tanto al stress como a la administración exógena de THS es igual en todas las edades. Los estudios de Andrés y colaboradores (1967) indican que en la vejez siempre disminuyen la tolerancia de la glucemia a las 2 hrs. es 30% más elevado que los valores obtenidos en adultos jóvenes.

Con estas cifras, más de la mitad de estos individuos se considerarían diabéticos; este fenómeno parece independiente de la obesidad propia de la senectud, no obstante que la grasa reduce el efecto hipoglucemiante de la insulina. En fechas más recientes se han acumulado datos que indican que las células beta liberan la insulina de manera más lenta, por esta razón la glucemia se eleva y finalmente las concentraciones sanguíneas de insulina también se incrementan".³⁴

No obstante, después de todo lo que se ha mencionado, cabe decir que en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet", que son diabéticos, dicha patología influye mucho en su sexualidad el Tx. provoca disminución de la libido y cambio constante el estado de ánimo.

³⁴ Ibid. p. 104

En cuanto a las Glándulas Suprarrenales, Doris Carnevall menciona que se "muestran alteraciones microscópicas; formación de nódulos corticales, aumento de tejido conectivo y de la cantidad de pigmentos, disminución de líquidos y cambios en los organelos intracelulares, también puede haber dilatación vascular y hemorragias. En los ancianos, la cantidad de cortisol secretado reduce 25% acompañada por una disminución semejante en la cantidad excretada por la orina; la velocidad de utilización del cortisol se vuelve 40% más lento, lo que es compatible con las concentraciones plasmáticas constantes y la disminución en la excreción. Tanto las concentraciones sanguíneas como la excreción urinaria de aldosterona decrecen casi 50% en el lapso comprendido entre la juventud y la vejez. La excreción urinaria de 17 cetosteroides disminuye progresivamente hasta alcanzar casi la mitad de los valores que se encuentran en la juventud. En el sexo masculino los estrógenos se generan en la corteza suprarrenal y los cambios debidos a la edad son mínimos; en las progestinas, la velocidad de síntesis decrece casi 60% en el lapso comprendido entre la juventud y la vejez".³⁵

Por lo tanto, a pesar de que existe una gran variedad de cambios en la concentración de hormonas plasmáticas, éstas no influyen en la sexualidad del anciano del "Asilo Mundet", puesto

³⁵ Ibid. p. 105.

que ellos siguen manifestando el deseo de ser queridos. Si el cambio de concentración hormonal fuera causa de alguna patología específica, tal vez sí afectaría su estado de ánimo y se haría notar.

Sistema Nervioso

En lo que respecta a este sistema, Doris Carnevall aclara "que numerosos investigadores han realizado estudios en los que se observa reducción significativa de células, que en algunas regiones de la corteza pueden ser hasta de 45%, en el cerebelo la disminución puede ser hasta de 25%. En la mayor parte del tallo cerebral la pérdida del flujo de sangre hacia el cerebro es relativamente insignificante, así como el metabolismo de este órgano. Los pacientes con demencia senil muestran los valores más bajos de flujo de sangre y aprovechamiento de oxígeno. La velocidad de conducción nerviosa es mayor en las fibras mielínicas, y regularmente es proporcional al diámetro del axón. A partir de la madurez va disminuyendo con la edad, especialmente después de la quinta década de la vida. Los valores publicados para la octava y novena décadas se aproximan a 50 metros por segundo, lo que representa una disminución de 15%. Es un poco mayor en las mujeres que en los hombres".³⁶

Se puede comprobar esta información al observar que un porcen-

³⁶ Ibid. p. 112

taje de personas ancianas dentro del "Asilo Mundet", presentan algún grado de demencia propia de la senectud, que puede ir desde leve a severa, lo cual se manifiesta con memoria notablemente disminuida, mínima capacidad de entendimiento, pérdida de juicio, desorientación, por mencionar algo. Este tipo de reacción se presenta comúnmente entre los ancianos que se encuentran en el área de Enfermería en la Casa Hogar "Arturo Mundet".

"En cuanto al sueño, Doris Carnevall menciona que según su grado de profundidad, se pueden identificar cuatro niveles con características encefalográficas propias, que se denominan 1o, 2o, 3o. y 4o. A medida que se envejece, estos niveles son menos prominentes y se despierta cada vez con mayor frecuencia durante breves periodos del ciclo. En la ancianidad, el nivel cuarto casi ha desaparecido y hay muchas interrupciones breves pero la duración total del periodo de sueño sólo es un poco menor en comparación con los adultos jóvenes".³⁷

Se tienen datos de que los ancianos del asilo, constantemente se quejan de no poder dormir en la noche; atribuyen esto a que tienen muy ligero el sueño y por tal motivo despiertan constantemente, lo que les impide descansar bien, pero lo que no toman en cuenta es que durante la tarde acostumbran tener perfo-

³⁷ Id.

tándose la potencia del meridiano horizontal, lo que produce deformación astigmática en el eje horizontal mayor. La pupila se vuelve más pequeña y las respuestas a la luz y a la acomodación son menos marcadas. Según Howell (1949), a la edad de 85 años sólo se conserva una tercera parte de la capacidad para responder a la luz y la respuesta a la acomodación se ha perdido."³⁹

Debido a esto existen un gran número de ancianos en el asilo, en quienes ha disminuido notablemente su agudeza visual, agravándose en aquellos que presentan cierto tipo de patología que afecta principalmente este sentido; por ejemplo diabetes y cataratas, y en efecto les resulta más fácil observar en sitios donde exista buena iluminación y de ser posible prefieren hacerlo a la luz del día; por ejemplo dar lectura a un diario, sentado en la banca del jardín.

El autor menciona que "de los 60 años en adelante muchas personas pierden su capacidad auditiva útil para las frecuencias mayores de 4,000 ciclos, la habilidad para identificar palabras está más afectada de lo que se espera. La presbiacusia, trastorno de la audición que aparece en la vejez, progresa, desde la pérdida de capacidad para discriminar aumentos en el umbral de percepción de palabras, hasta aumento del umbral de

³⁹ Ibid. p. 115

tonos puros".⁴⁰

Es muy frecuente que para poder comunicarse con los ancianos del asilo sea necesario hablar en tono alto e incluso gritar, y en ocasiones aun así mal interpretan lo que se les pregunta contestando cosas muy diferentes. Se da el caso de que es necesario utilizar otras técnicas de comunicación, en ancianos cuya agudeza visual no está muy dañada, por ejemplo mimetizar la pregunta, o por medio de la escritura, ellos la leen y contestan claramente.

Englobando lo correspondiente a gusto, olfato y tacto, Doris Carnevall dice: "el número de botones gustativos o papilas disminuye en un promedio de 248 en los niños hasta 88 en personas de 74 a 85 años de edad; en los ancianos la mitad de las papilas gustativas están atrofiadas y probablemente haya una reducción total de 80% de las unidades funcionales. Hughes (1969) señala pruebas de que el olfato, el gusto y la audición se localizan en el lóbulo parietal, en la parte inferior de la circunvolución central posterior, y sugiere que la reducción observada en esos sentidos, durante la vejez, se debe a procesos degenerativos en las células de dicha región.

Además, y adentrándose en lo que corresponde al tacto, dice

⁴⁰ Ibid. p. 116

que un gran número de corpúsculos de Pacini de Merkel y de Meissner disminuye en relación directa con la edad. La mayor parte de los corpúsculos restantes muestran cambios y desorganización estructural muy marcadas; según estas observaciones, es razonable asumir cierta disminución en la agudeza de la sensación táctil. Por otra parte la sensación cutánea al dolor permanece relativamente intacta".⁴¹

Dicho lo anterior, es fácil comprobar que en los ancianos aislados en la Casa Hogar "Arturo Mundet", la mayoría de ellos se queja a diario de la comida; es insípida, no tiene sal, son algunas de sus expresiones en el caso de los invidentes, cuando se les pregunta que es lo que están ingiriendo no saben responder, ni el sentido del olfato les ayuda. En cuando a su sensación táctil sucede lo mismo, les cuesta un poco de trabajo identificar la textura del objeto que se les expone, a la hora del baño cuando se regula la temperatura adecuada del agua, suelen decir que si se pretende bañarlo con agua fría (esto sucede en el área de Enfermería, donde por su incapacidad física, el personal se ve obligado a asistirlos en el baño diario). Pero como el autor lo menciona, existe una mínima disminución a la sensación del dolor, ya que inmediatamente lo manifiestan y en ocasiones en forma exagerada.

⁴¹ Ibid. p. 117

2.1.8 Cambios Sociales y Psicológicos en el Anciano

"La Gerontología humana estudia el proceso de envejecimiento del hombre, en sus tres áreas básicas:

Biológica: objeto de estudio de la biogerontología,

Psicológica: tema de la gerontología

Area social: materia de lo que pudiera llamarse gerontosociología".⁴²

Todos los cambios del hombre no se dan solos, sino que están íntimamente relacionados con los demás cambios, biológicos, psíquicos y sociales, y es difícil comprender cuál va primero o cuál desencadena al otro.

Respecto a Gerontosociología, Raquel Langarica menciona que "en el proceso de envejecimiento y la vejez, o tercera edad, estudia lo que el hombre hace y cómo lo hace, como ser social, y qué aprende en la convivencia con sus semejantes. La sociedad humana está íntimamente relacionada con los factores genéticos, del ambiente biofísico y de la cultura. La cultura es el conjunto de conocimiento que el hombre adquiere durante su existencia, y pueden ser creencias, costumbres, normas de conducta".⁴³

⁴² Raquel, Langarica. Op. cit. p. 63.

⁴³ Id.

En el Asilo "Arturo Mundet", el anciano está relacionado con sus familiares, amigos, su medio ambiente, y adquiere costumbres, ideas, creencias, conductas por medio del aprendizaje y de la experiencia.

La pauta de Interacción

"El hombre es un ser social muy complejo; la complejidad procede del hecho del mismo hombre, que se desenvuelve dentro de cierto grupo familiar, con amigos o compañeros de labor, debiendo identificarse con uno de ellos, ya sea bajo un estress agradable o contrario".⁴⁴

El hombre tiende a relacionarse con su familia, grupo, amigos, o compañeros con los que se identifica.

"Papel social y status: los grupos antes mencionados guardan cierta expectativa respecto de la edad, sexo, educación o empleo, lo que se denomina status.

El status exige el desempeño de un papel en la vejez, y está en función de qué tanto sea capaz de desligarse de un cierto grupo y qué tanto pueda adaptarse a otros grupos".⁴⁵

El status es el lugar que va ocupando una persona en la socie-

⁴⁴ ibid. p. 64

⁴⁵ id.

dad y depende de la edad, el sexo, la educación y el empleo que desempeña.

El status del anciano varía conforme lo que la sociedad le exige o esté dispuesta a darle, como jubilarse a cierta edad, aunque su condición física y mental sean buenas, o disfrutar de canonjías y privilegios por el sólo hecho de tener cierta edad, considerada avanzada. El papel social sólo existe cuando se cumplen los deberes y derechos que esto implica.

"Al jubilarse, frecuentemente el monto de las pensiones es exigua, y no tiene en cuenta el proceso inflacionario, ni el aumento del costo de la vida".⁴⁶

El status depende del lugar que la sociedad le da al jubilarse y frecuentemente las pensiones son mucho menores de lo que ganaba, no le dan aumento y el status se pierde.

"A la pobreza se suma el ocio obligado y no tarda en presentarse el aislamiento cuando el viejo carece de medios para contribuir al presupuesto familiar o a los gastos.

En el campo, las familias todavía se reúnen para tomar algunos alimentos y para comentar los sucesos del día; los ancianos permanecen productivos hasta edad tardía, o les es confiada la custodia de los nietos, durante la cual les transmiten la riqueza

⁴⁶ Ibid. p. 64

za cultural, familiar y local".⁴⁷

Las personas ancianas, por no poder contribuir a los gastos se vuelven ociosas, aisladas, debido a sus preocupaciones; algunas familias que se dedican al campo o a la actividad agrícola siguen siendo más activas, o ayudan y contribuyen a transmitir los conocimientos que han acumulado a través de los años.

"En la ciudad, la familia encuentra que el viejo ahora tiene movimientos más lentos, las relaciones familiares se van debilitando, porque los miembros de la familia, por razones escolares o de trabajo, están sujetos a horarios agobiantes, convirtiendo el hogar en una "estación de servicios", y en el lugar donde se llega sólo a dormir o se permanece físicamente, a kilómetros de distancia afectiva; esto hace del anciano un ser siempre descontento de todo y de todos, hasta de sí mismo".⁴⁸

La Jubilación

"El ser humano ve con recelo que se acerca el momento de retirarse de los centros laborales, de las actividades retribuidas con dinero y de las satisfacciones que a través de éste y del desempeño del trabajo mismo ha podido obtener en su vida de

⁴⁷ Id.

⁴⁸ Id.

adulto joven, y entonces es posible que se resista a jubilarse; gracias al trabajo cumple papeles de status considerados valiosos, es una persona sana, fuerte y capaz para el desempeño de sus labores.

La jubilación genera importantes cambios económicos por la reducción de un ingreso, lo que con frecuencia provoca necesidad de reajustar gastos, respecto de la alimentación, el vestido y la vivienda; así mismo se propicia el aislamiento. Resolver los problemas de adaptación que trae consigo el retiro puede lograrse disminuyendo el promedio de edad para la jubilación".⁴⁹

El anciano puede sentirse desamparado, o estarlo en realidad, de acuerdo con su condición física; necesita ayuda, pero ni él ni la familia tienen la capacidad para comprender el proceso de envejecimiento y prestar esa ayuda en forma razonable; la vejez conlleva para sí y sus parientes implicaciones emocionales serias y complejas.

"Los factores biopsicosociales son determinantes de la salud y la atención de la salud de los ancianos. Comprenden entre otros, la religión, la filosofía y la ética.

Toda estrategia que tenga en cuenta los factores psicosociales se considera crítica para salvar la distancia entre los facto-

⁴⁹ Ibid. p. 66

res psicológicos y los sociales, que van desde el sentimiento de considerarse inútil hasta la pobreza, soledad, aflicción, dependencia, enfermedad o temor a enfermarse, muerte o temor a la muerte".⁵⁰

Lo que menciona el autor tiene gran relación con lo que se observa en la población del Asilo "Arturo Mundet"; excepto en al gún caso de personas que a pesar de haber padecido alguno de estos factores, no presenta gran problema mental o de salud. Enseguida se desglosa cada uno de estos factores para hacer comparaciones.

El primer factor psicosocial está relacionado con la pérdida de posición social, ya que al no ser productivo, el anciano se siente realmente inútil. Este es un problema que se puede observar no sólo desde el punto de vista cuantitativo, sino tam bién desde el cualitativo. Es además un problema crítico debi do a que la gente verdaderamente útil, en términos de producti vidad, escasea. "La comunidad económica europea indica que de 20 personas de los países de Europa Occidental, tan sólo 4 son realmente productivas; 1 está desempleada; 1 minusválida; 6 personas jóvenes todavía no están en edad de producir; 5 son amas de casa fuera del círculo productivo, y 3 son obreros re

⁵⁰ OPS. Hacia el Bienestar de los Ancianos. Ed. OPS. México, 1985. p. 87.

tirados".⁵¹

Analizando lo anterior, se puede observar que al anciano del Asilo Mundet le corresponde el término no productivo, inútil. Esto refleja la falta de información sobre razones por las que la gente no produce y no sólo porque "ya está viejo y no sirve". Si el anciano no tiene en mente una idea "si realmente soy inútil" puede llegar a sentir confusión y depresión.

"El problema de la pobreza es otro factor psicosocial importante. ¿Se considera que los ancianos son verdaderamente pobres? ¿Se consideran ellos mismos pobres?

Debe hacerse hincapié en que aunque en la realidad existen muchos problemas relacionados con la pobreza, la financiación y de dinero, uno muy importante es la falta de información.

Muchas personas ancianas no saben qué recursos existen. Ellos carecen del recurso mínimo para vivir, para alimentos y otras necesidades de la vida, tienen además miedo de no tener un día para comer, o de carecer de abrigo y no poder hacerle frente, no sólo a las necesidades sociales de la vida, sino también a las enfermedades".⁵²

En la población del Asilo, este fue un factor muy importante

⁵¹ Ibid. p. 88

⁵² Ibid. p. 89.

para gran parte del residente: tomar la decisión de ingresar al asilo, sobre todo cuando tenían dificultades en casos de enfermedad, y solos o con la familia no podía solventar los gastos extras. Debido a la crisis económica, hay un número mayor de personas ancianas que se encuentran en situaciones difíciles, lo que les hace sentir ansiedad, y esto probablemente contribuye a la aparición de enfermedades.

"El tercer factor es la soledad; ésta no consiste únicamente en tener poco contacto con otras personas. No es tanto el número de contactos como la calidad de los mismos. Muchas personas de edad tienen dificultades para transportarse, pueden estar incapacitados, pierden a sus compañeros o compañeras y a sus amigos, lo cual reduce el número de sus contactos."⁵³

"Otro factor psicosocial es la aflicción, en la cual la calidad de la pérdida es muy importante. Una pérdida entraña no sólo la muerte de un ser querido, sino también la migración, que se puede considerar parte de la aflicción, desde un punto de vista psicosocial; la amputación de una extremidad, y la pérdida de la sexualidad, se convierten en una pérdida real que les produce aflicción, ya que las personas ancianas no hacen de esto un comentario normal, ya que para ellos es un tabú hablar de esas cosas".⁵⁴

⁵³ Ibid. p. 91

⁵⁴ Ibid. p. 92

Según algunas observaciones, los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet", en casos de pérdida se ven claramente afligidos, pero en otros, utilizan la agresividad como defensa para no demostrar su verdadera aflicción. En el caso de la pérdida de la sexualidad, ellos no lo manifiestan, de hecho niegan haberla perdido y aseguran estar en posibilidades de demostrarlo.

"El temor a morir es otro factor psicosocial importante. Si a una persona joven se le pregunta cómo desearía morir, ellos contestarían casi sin excepción "a una edad avanzada, bien rápido cuando esté bien preparado y sin dolor", aun cuando saben que quizá esto no es totalmente aceptado, en su deseo real".⁵⁵

El temor a morir cuando la gente es joven, es comprensible, no así cuando la persona está en una edad avanzada, enfermo, deprimido y sin ganas de vivir, como es el caso de algunos residentes del asilo "Arturo Mundet", la respuesta a esta pregunta varía notablemente ya que ahora su deseo real es morir.

2.1.9 Cambios en la Esfera Cognitiva del Anciano

"La inteligencia podemos situarla en dos niveles: la cristalizada y la fluida; la inteligencia cristalizada se refiere al uso efectivo del conocimiento y las habilidades adquiridas a lo largo de los años, en tanto que la inteligencia fluida com-

⁵⁵ Id.

prende la capacidad de aprender y dominar problemas nuevos y poco comunes".⁵⁶

Se ha observado que en los ancianos disminuye su capacidad de aprender determinados conocimientos según avanza su edad; entre más años, menor es su aprendizaje.

"La inteligencia fluida es la primera que se afecta en la vejez, pero esta disminución empieza a partir de la adolescencia, después de que se ha alcanzado el punto máximo. En cambio, el envejecimiento puede mejorar el uso de algunos talentos que ha desarrollado a través de los años (inteligencia cristalina)".⁵⁷

En el residente del asilo "Arturo Mundet" disminuye su capacidad para enfrentarse a problemas y conocimientos nuevos; aunque en ocasiones aumentan las habilidades que él ha adquirido con el paso de los años, e incluso puede mejorar sus habilidades.

"En cuanto a la memoria, la primera que sufre alteraciones es la memoria reciente, aquélla que nos permite recordar los hechos más cercanos, lo que hicimos hace un momento, hace una semana, lo que planeábamos hacer a corto plazo; todo esto crea en el senecto angustia y confusión".⁵⁸

⁵⁶ INSEN. Op. cit. p. 31.

⁵⁷ Id.

⁵⁸ Ibid. p. 32.

Se ha observado que el residente anciano manifiesta angustia, confusión, e incluso depresión al no poder recordar sucesos recientes, disminuyendo con esto la autoestima de los ancianos.

"Por otro lado, la memoria remota se agudiza en tal forma, que el anciano recuerda más nítidamente sucesos ocurridos en su pasado lejano".⁵⁹

Se dijo en párrafos anteriores que el anciano, muchas veces no tiene la capacidad de recordar sucesos recientes, lo cual agudiza su memoria del pasado, por lo cual recuerda toda su vida pasada o pasajes interesantes o negativos de su vida.

"La capacidad de aprender es más lenta, y si la instrucción no se da en condiciones adecuadas para los ancianos, ésta será mucho más difícil. Si la persona se siente marginada socialmente la angustia generada dispersa su atención, lo más importante no es la rapidez con que se aprenda, sino la capacidad de hacerlo, y las personas de edad avanzada la tienen, pero precisan un poco de ayuda para lograrlo".⁶⁰

Se ha observado que los ancianos tienen disminuida su capacidad de aprendizaje, pero aún así pueden aprender cuando las condiciones son favorables, y cuando no hay nada que disperse su

⁵⁹ Id.

⁶⁰ Ibid. p. 33.

atención; las personas de edad avanzada necesitan ayuda para lograr su aprendizaje, y sobre todo necesitan comprensión.

"Master y Johnson concuerdan en que el deseo y la capacidad se xual pueden conservarse hasta los 70, 80 y aún los 90 años de edad, a condición de que la persona se encuentra en buen esta do de salud (física, social, psicológicamente), y además que cuente con una pareja adecuada. La actitud y el interés dependen de la actividad sexual de cada persona".⁶¹

Se ha observado que los ancianos del Asilo "Arturo Mundet", en buenas condiciones físicas, y en buen estado de salud, hablan y participan activamente en temas relacionados con el sexo.

"Las personas casadas viven más que los solteros, observaron Waster y Walster en 1978, y cuando las personas mantienen relaciones íntimas y armoniosas, también experimentan sentimientos de bienestar físico y psicológico".⁶²

2.1.10 Características del Asilo "Arturo Mundet"

- Área física y servicios

La Casa para Ancianos "Arturo Mundet" cuenta con dos áreas dor mitorios para residentes, según las necesidades de éstos. Una

⁶¹ Doris, Carnevall. Op. cit. p. 325.

⁶² Ibid. p. 330.

es el área de residentes ambulantes, con 16 dormitorios, con capacidad para 10 camas cada uno; en esa misma se encuentra la sala de televisión, baños, auditorio, comedor y la capilla.

Está también la cocina; lavandería, departamento de mantenimiento, almacén, nutrición, el departamento administrativo y la Dirección.

En la segunda área, Enfermería, se encuentran los residentes que, por invalidez física o mental, necesitan mayor atención y cuidados; esta área cuenta con cinco salas o dormitorios, con 10 camas cada uno, y dos más con seis camas para cuidados especiales, un consultorio central de enfermería, cuarto de curaciones, baños para residentes, hombres y mujeres y farmacia. En esta misma área están los servicios de Odontología, Psiquiatría y Fisioterapia.

El asilo, en general, proporciona a los residentes talleres de gericultura, terapia ocupacional (costura, biblioteca, salón de juego, salón de belleza, peluquería, trabajo manual, musicoterapia, oratoria y teatro).

En cuanto a servicios generales, tiene Intendencia, mantenimiento, trabajo social, vigilancia y transporte.

Se observa en los residentes que, a pesar de que el asilo proporciona estos servicios, es muy poco el número de residentes

que acude a ellos; en algunos de estos casos es debido a la apatía, depresión o por tener cosas más importantes que hacer.

Recursos Humanos

El personal que labora dentro del área de residentes ambulantes, consta de un coordinador técnico de psicopedagogía, dos psicólogos, el Jefe de Geriatria, seis geriatristas, personal de cocina, lavandería, nutrición, mantenimiento, encargados de almacén e intendencia.

En el área de enfermería hay un coordinador médico, tres médicos residentes, 11 enfermeras por turno, dos fisioterapeutas, dos odontólogos, un médico psiquiatra, personal de mantenimiento e intendencia.

La población general de residentes es de 105 personas, por lo que se observa que el personal de trabajo no es suficiente para satisfacer las necesidades de estas personas, sobre todo en el área de enfermería, que es donde requieren más atención y cuidados.

2.2 LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

2.2.1 Conceptos de Sexualidad

Sexualidad. Es el término que engloba integralmente los aspectos biológicos, Psicológicos y socioculturales del sexo.⁶³

⁶³ Juan Luis, Alvarez Gayou. Elementos de Sexología. Ed. Interamericana. 1a. ed. México, 1979. p. 315.

Sexualidad. Es una fuerza dinámica activa, durante la vida de cada persona, y como sus componentes psicosociales y biológicos están entrelazados y son interdependientes, la sexualidad es un aspecto determinante forzoso de la personalidad y la conducta.⁶⁴

Sexualidad. Es el conjunto de fenómenos de comportamiento determinados idiosincráticamente, y de manera cultural, a través de los cuales se manifiesta y satisface el impulso sexual en cada individuo.⁶⁵

2.2.2 Historia de la Sexualidad

"Los biólogos opinan que hoy las mujeres son capaces de tener orgasmo por los cambios fisiológicos producidos, cuando nuestros antepasados pasaron de cuadrúpedos a bípedos, y descubrieron una nueva forma de acoplamiento, frente a frente, en vez de acoplamiento o penetración desde atrás.

Los historiadores sospechan que la subordinación de la mujer al hombre, durante diez mil años, pudo iniciarse cuando el hombre comprobó que las mujeres no podían producir hijos ella sola, sino que el sémen era el catalizador esencial del proceso reproductor.

⁶⁴ Olds, S.B. Enfermería Materno Infantil. Ed. Interamericana. 2a. ed. México, 1987. p. 100.

⁶⁵ Julieta Paula, Pérez. Higiene Sexual. Tesis Profesional. México, 1988.

Los arqueólogos pueden reconstruir instrumentos, armas y objetos de cerámica antiguos, pero no pueden reconstruir emociones humanas. La extraña química que controla las relaciones entre un hombre y una mujer no deja rastro, ya que si los hombres y las mujeres hubieran encontrado el sexo tan repelente como para renunciar a él, la especie humana se hubiera extinguido.

Los hombres gobernaban en las glaciaciones, cuando su papel de cazadores era crucial para la obtención de alimentos y las mujeres mejoraron su situación social cuando el clima se hizo más benigno y recolectaban plantas, insectos, huevos, frutillas, mariscos. En la revolución neolítica, las tribus aprendieron a criar animales, en vez de cazarlos, y a cultivar plantas en vez de recolectarlas, pudo entonces iniciarse el equilibrio entre ambos sexos".⁶⁶

Se ha observado, desde el transcurso de la historia, que el hombre ha sido el que ha dominado a la mujer, tanto física como socialmente; hasta que ella pudo demostrar que era valiosa tanto como el hombre.

En las primeras civilizaciones, como Egipto, la mujer era teóricamente igual al hombre, en Babilonia era inferior. En Hebreá excepto en el papel de esposa virtuosa.

⁶⁶OMS. Vida Sexual Sana. Ed. Salvat. Tomo III. México, 1989. p. 278.

En Babilonia, las mujeres podían ser escribanas, peluqueras o prostitutas, mercaderas o vendedoras de esclavos. Sin embargo, las opciones de sus contemporáneas eran: danza, prostitución, servicio doméstico. Sin embargo, todas las sociedades primitivas adoptaron la posición de que la mujer era un simple ser, primero del padre, después del esposo y por último de su hijo. Sus ocupaciones, dentro y fuera del hogar, eran decididas por el hombre que era su propietario.

La buena esposa hebrea tenía que ser sabia y bondadosa, una ama de casa concienzuda, y no estar nunca ociosa. No se requería encanto ni belleza, pues el primero era engañoso y la segunda vana, pero no debía ser fructífera. La mujer hebrea tenía derecho a compartir el favor de su marido con una o más esposas secundarias o concubinas, a ser repudiada si le ofendía y a ser lapidada hasta morir si le era infiel. Sin embargo, la pena de muerte no era el castigo preceptivo para el adulterio en Babilonia o Egipto, y las mujeres de ambos países tenían derecho a divorciarse, cosa que no conseguían las mujeres occidentales antes del siglo XIX.

En Babilonia había prostitutas sagradas, cuyas ganancias representaban una parte sustancial de los ingresos de los templos.

A las mujeres hebreas les estaba prohibido prostituirse, incluso aunque las viudas con hijos y las esposas repudiadas no tu-

vieran alternativa. Y el tema de la prostitución se caracteriza por una intolerancia extrema en el Antiguo Testamento".⁶⁷

La vida de las mujeres estaba regida por los mandatos del hombre; ella no podía aspirar a realizar actividades que le gustaran; tenía que realizar labores domésticas, y ser una ama de casa abnegada para su esposo.

Esto se ve todavía en la actualidad, en algunas clases sociales en donde las mujeres son manipuladas por el hombre, a su conveniencia.

La conveniencia política se convierte en Ley Moral.

"Lo que más necesitaban los hebreos era estabilidad política, y sabían que las familias estables podían contribuir a ésta. todas las reglas sobre fidelidad marital, legitimidad e incesto, y sobre prostitución ocasional, se dirigían a este fin. También necesitaban aumentar la población, porque el número significaba fuerza, y para conseguirlo establecieron reglas sobre la práctica privada del sexo; tanto las reglas de procreación que se impusieron como las prácticas sexuales que se prohibieron estaban relacionadas con la productividad humana. Así los hombres recién casados estaban dispensados de las obligaciones militares y económicas durante el primer año, para no

⁶⁷ Ibid. p. 281

perder tiempo e iniciar una familia.

En Babilonia se reconocían corporaciones de prostitutas, homosexuales; el Señor había dicho al pueblo de Israel:

Si un hombre yace con varón como yace con mujer, ambos han cometido abominación; deben ser condenados a muerte, su sangre caerá sobre ellos. Y si un hombre holgare con una bestia, debe ser condenado a muerte; y mataréis a la bestia.

Si una mujer se allegare a cualquier bestia para ayuntarse con ella, matará a la mujer y a la bestia. El aborto era un delito criminal; la contracepción, un desafío a la tora; y herir a una embarazada era verdadera transgresión que exigía vida por vida".⁶⁸

La mujer era considerada como reproductora de seres humanos, debería poblar las grandes ciudades, dando hombres que sirvieran de fuerza para las guerras y para gobernar a las ciudades.

El Contraste Griego

Las Hetairas

"Lo que a los atenienses les gustaba de las hetairas era que sobresalían en todas las cosas que ellos habían deseado por sí glos que sus mujeres aprendieran.

⁶⁸ Ibid. p. 283.

Al contrario de los hetairas, a las esposas no se les permitía reunirse con los hombres en la mesa, donde podían haber aprendido lo suficiente sobre cuestiones culturales y políticas, para permitirles llevar una conversación inteligente. Ellas sabían mucho sobre la eficacia doméstica, pero poco sobre cómo sacar el mayor partido de su hermosura, talento o ingenio".⁶⁹

El hombre ha visto a la mujer, hoy y siempre, como un objeto sexual, a la que se puede exhibir si es bella o esconder si no reúne los requisitos que el hombre desea para mostrarla a los demás.

La Sexualidad en Roma

"Un esposo tenía el derecho de matar a su esposa si la sorprendía cometiendo adulterio. Podía repudiarla por esterilidad, por beber demasiado, incluso por malos modales habituales.

En Roma había grandes problemas de población ya que los matrimonios no querían tener más de tres hijos, o incluso ninguno.

Los romanos tenían muchos métodos anticonceptivos, desde el coitus interruptus, coito normal, brebajes de brujas hasta la abstinencia.

Las mujeres romanas sufrían muchos abortos, dificultades de

⁶⁹ Id.

alumbramiento e infecciones posnatales, por lo cual la tasa de natalidad estaba en descenso.

Las causas de esterilidad en los hombres, de abortos y nacidos muertos en las mujeres, ha sido el envenenamiento crónico con plomo. Este era absorbido por el uso de copas y cácharros de cocina, así como de las conducciones de agua. Otra causa de esterilidad eran los baños calientes, los cuales inhibían la producción de espermatozoides, reduciendo así la fecundidad masculina.⁷⁰

Los romanos dieron inicio a las prácticas anticonceptivas que ahora se han modernizado para el control de la natalidad y el mejor entendimiento de las parejas.

"En el año 18 y 19 Augusto emperador ordenó: Que las viudas debían casarse antes de dos años, las divorciadas antes de 18 meses. El adulterio se convirtió en asunto de tribunales, condenable, con divorcio obligatorio, expropiación de bienes o destierro. En el siglo IV, la condena por adulterio era la muerte. Todo esto para subir la tasa de natalidad, pero sin ningún efecto, y esto llevó a que el poder del imperio romano se desvaneciera porque no había suficientes romanos".⁷¹

"La iglesia primitiva condenó con diversos grados de severidad el adulterio, la contracepción, el aborto, la homosexualidad,

70 Ibid. p. 285.

71 Id.

el infanticidio, la zoofilia, la masturbación.

Otras sociedades sugirieron frecuencias adecuadas para el coito matrimonial. Tres veces al mes, decía Salón. Cada día para quienes no trabajan, dos veces por semana, decía la Misná judia. La iglesia decía que nunca, a menos que la finalidad fuera crear hijos.

Otras sociedades habían considerado el sexo como algo placentero, en cualquier posición. Para la iglesia, disfrutar el sexo era penado, y sólo era aceptable la posición con el hombre encima.

San Jerónimo, Tertuliano y San Ambrosio consideraban el acto sexual como repugnante, inmundo, indecente, obsceno.

San Agustín decía que el acto sexual era una distorsión deliberada del propósito original de Dios, una degradación impuesta como castigo por la transgresión de Adán y Eva.

En el paraíso terrenal, el sexo, si es que había sexo alguna vez, habría sido frío y rarificado, sin erotismo, sin respuestas incontrolables y, ciertamente, sin éxtasis; simplemente, era cuestión de utilizar el equipo mecánico diseñado por el Creador para cumplir los requisitos del proceso reproductivo humano".⁷²

⁷²Ibid. p. 286.

"En el siglo V habla cuatro pensamientos para formar la cuerda moral que habría de regir durante 15 siglos:

- De los hebreos provenía la condena de todas las formas de se sexo no productivo.
- De los padres de la iglesia, la creencia de que el acto sexual era repugnante.
- De San Agustín, la decisión de que el deseo sexual y el goce sexual eran expresiones del pecado original.
- De los hebreos monoteístas y los autoritarios romanos, la convicción de que tales complacencias no eran censurables le gal, social o políticamente.

Tanto el taoísmo en China como el tantrismo en la India se apoyaban en disciplinas sexuales, y no tardaron en divulgar con cimientos de éstas; en el primer caso mediante manuales sexuales muy explícitos, y en el segundo, por instrucción y demostración personal.

Tanto en China como en India había poligamia, y también entre los árabes, cuyos harenes proporcionarían la materia prima de la fantasía, en el monógamo occidente, durante más de un milenio".⁷³

⁷³ Ibid. p. 287.

Hoy se está luchando para quitar de la mentalidad de los hombres los tabúes que impuso la iglesia y la sociedad, que no permiten que los seres humanos disfruten libremente de su sexualidad sin complejos y traumas.

"Antes se ignoraba incluso la función de los óvulos y de los espermatozoides en la producción de un nuevo ser. Se creía que el espermatozoide contenía un "homúnculo" que era depositado en la matriz y permanecía allí mientras era incubado. Hasta hace poco se descubrió que el único atributo del varón es determinar el sexo de sus descendientes.

En cambio, ahora se conocen también genes, cromosomas de todas las células vivientes, espermatozoides y óvulos.

Antes las mujeres criaban sin tregua ni descanso, y la contracepción se hacía a tontas y locas. En cambio, hoy se dispone de un amplio número de técnicas anticonceptivas, muy cómodas, que tienen una eficacia casi total. Lo mismo puede decirse respecto de los riesgos del parto y de la infancia".⁷⁴

Con los avances científicos, la humanidad puede disfrutar de su sexualidad libremente, con responsabilidad, y decidir el número de hijos deseados, así como corregir infecciones o enfermedades para las cuales no había tratamiento alguno.

⁷⁴ Ibid. p. 288.

2.2.3 Sexualidad y Vejez

"Alvarez menciona que hay una situación importante de la sexualidad en la vejez, que se refiere a los cambios fisiológicos en el proceso de envejecimiento.

En el hombre los principales cambios que se presentan con la edad en la respuesta sexual son:

- Mayor latencia entre el estímulo sexual efectivo y la erección.
- Erecciones menos firmes.
- Disminución de la fuerza de las contracciones musculares orgásmicas, lo que disminuye la fuerza de la eyaculación.
- Disminución del volumen del semen.

Los cambios en la respuesta sexual del varón anciano podrían expresarse metafóricamente, y sería un vino añejo, suave y con mucho cuerpo".⁷⁵

Se puede decir que ninguna de las modificaciones fisiológicas pueden impedir una respuesta sexual completa que puede ser satisfactoria para la mujer, puesto que existe la manifestación de mujeres que mencionan que un viejo es como un vino añejo, suave y con mucho cuerpo.

⁷⁵ José Luis, Alvarez. Sexo Terapia Integral: Ed. Manual Moderno. México, 1985. p. 72.

"El autor menciona que el cerebro es el órgano sexual más importante. La excitación física, el acto y el placer, tienen lugar de manera natural cuando nos imaginamos una situación amorosa; por lo tanto lo más probable es que los factores principales que obstaculizan la intimidad sexual en la vejez se encuentren en la mente, por razones psicosociales".⁷⁶

El residente de la Casa Hogar piensa que desde el punto de vista de la sociedad no se acepta que en la vejez se tenga una intimidad amorosa, por tal motivo, cuando se llega a esa edad, se cree que el anciano está demasiado viejo para ese tipo de cosas, pero esto depende también de la educación, que es la que provoca disfunciones en esta etapa de la vida.

"El autor dice que las actividades intransigentes inhiben a los viejos, hombre y mujer, cuando tratan de acercarse uno al otro. En la pareja generalmente es el esposo quien toma la iniciativa".⁷⁷

Se puede deducir que los ancianos, mutuamente, se restringen al impulso, tal vez por miedo a la respuesta de su pareja o al rechazo por causas psicosociales, y se cree que esto se debe a la falta de información respecto a la vejez.

⁷⁶Roberto, Kastebaum. Vejez. Ed. Tierra Firme. México, 1979. p. 85.

⁷⁷Ibid. p. 89.

2.2.4 Mitos acerca de la sexualidad en la vejez

"Según Masters y Johnson confirmaron, tanto hombres como mujeres, al experimentar esporádicamente relaciones sexuales, éstas pueden resultar poco satisfactorias o desagradables, debido a la deficiencia existente y el desuso fisiológico de las partes involucradas".⁷⁸

Respecto de la sexualidad en los hombres, se tiene el concepto de que en la vejez disminuye su capacidad para mantener una buena actividad, en cuanto a relaciones sexuales se refiere, lo que puede originar en estas personas cierto desagrado o insatisfacción. Gantus menciona que en la vida sexual puede llevarse a cabo plenamente, más que una actitud orgánica, una actividad psicológica negativa hacia la vida sexual.

"Masters y Johnson argumentan la importancia que posee una alimentación sana y balanceada en el mantenimiento de la conducta sexual. Asimismo mencionan que la salud, el ejercicio y el sueño, son factores indispensables en el funcionamiento sexual de las personas, a cualquier edad. Una suposición errónea se refiere a la falsedad de que la mayoría de los vejadores sexuales de niños sean personas ancianas, más bien son personas adultas, maduras, y en su minoría ancianas".⁷⁹

⁷⁸Master, William H. Respuesta Sexual Humana. Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1976. p. 96.

⁷⁹Ibid. p. 98.

2.2.5 La función sexual en la madurez y en la vejez

Las diferencias que presenta el hombre en la respuesta a la excitación sexual son: En la senectud, en comparación con la época de la juventud, se aprecian tanto en el aparato genital como fuera de él. A continuación se enlistan las funciones sexuales en la madurez como en la vejez, según Gustavo Azcárraga, obtenidas de su libro "Sexología Básica".

"La erección del pezón con la edad, va perdiendo magnitud, de modo que es menos notable y no todos la presentan después de los 60 años; está completamente ausente después de esta edad.

El eritema consecutivo a la excitación sexual disminuye con la edad. Se observa en pocos hombres después de los 60 años y cuando se presenta, sigue la distribución observada en la juventud: pecho, cuello, cara, frente pero no llega al dorso.

Las contracciones de los músculos esqueléticos también disminuyen al aumentar la edad. Las contracciones del esfínter del ano, que acompañan al joven, con la edad, se presentan más escasamente".⁸⁰

En los órganos genitales hay algunas diferencias importantes en la respuesta a la excitación sexual del viejo, comparada

⁸⁰ Gustavo, Azcárraga. Sexología Básica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2a. ed. México, 1986. p. 67.

con el joven. Gustavo Azcárraga nos dice: "La erección en el joven va de 3 a 5 segundos después de haber iniciado la excitación; a partir de los 50 años va tomando cada vez más tiempo en establecerse.

- El joven tiene cierta facilidad para conseguir una nueva erección, cuando ésta se pierde antes de la eyaculación, facultad que va perdiendo el hombre conforme avanza su edad, presentando un período refractario, al perder la erección; lo que les dificulta volver a adquirirla.
- La firmeza del pene en la erección, conforme al ángulo que forma éste con el abdomen, es mayor en el viejo que en el joven.
- La eyaculación se ve retardada, por lo que el viejo no tiene que empeñarse en controlar su eyaculación, para hacerla coincidir con el orgasmo femenino. Este retardo se debe al adiestramiento que se ha tenido antes, tratando de controlar la eyaculación, y a la disminución de la capacidad para la respuesta a la excitación sexual.
- La duración de la erección, cuando no se llega al orgasmo, varía con la edad. Si en la juventud puede llegar a durar hasta una hora, a los 60 años dura sólo siete minutos.
- El viejo no adquiere una erección completa sino hasta poco antes de la eyaculación en que su pene aumenta de longitud

y de diámetro; a diferencia de lo que pasa con el joven, que sólo se nota aumentado de diámetro en la corona del glande.

- El aumento de color, previo a la eyaculación, que se ve en el joven, no se aprecia en el viejo.
- En el hombre que pasa de los 50 años disminuye la fuerza con que expulsa el esperma; si el joven puede lanzarlo a una distancia de 18 a 60 cm. el viejo sólo lo expulsa entre 9 y 18 cm.
- Después de los 60 años disminuye el número de contracciones de los músculos bulbocavernosos y bulboesponjosos que expulsan el sémen de la uretra.
- Después del orgasmo, el período refractario del viejo es más prolongado que el del joven; además, la erección se pierde mucho más rápidamente, por lo que después de la eyaculación se encuentra el pene en absoluto estado de flacidez.
- La contracción y congestión del escroto, que en el joven es característico, en el viejo se encuentra reducido debido a la pérdida de elasticidad de los tejidos. La pérdida de ambos estados es más lenta durante el período de resolución.
- La elevación de los testículos durante la excitación está reducida en el viejo; mientras que el joven no eyacula si los testículos no han llegado a la base del escroto, el hombre de más de 60 años puede eyacular con los testículos a la

mitad, o a la tercera parte de esta eyaculación.

- El aumento de volumen de los testículos por la excitación sexual, también se reduce con la edad.
- El descenso a su lugar y la recuperación del tamaño normal de los testículos, se realiza con gran rapidez y más tempranamente en el joven; a partir de los 60 años, se puede iniciar durante el orgasmo, y son tan rápidos que difícilmente se aprecia su progresión.
- La eyaculación se encuentra modificada en el hombre de edad; en él no se diferencian los dos tiempos en que se produce este fenómeno:

10. Las vesículas seminales, la próstata y los conductos deferentes vacían su contenido en la uretra posterior.

20. El esperma es expulsado a través del meato uretral.

Estos dos tiempos no se distinguen bien en el viejo, debido a que se sobreponen; por lo que el esperma se expulsa en un solo tiempo; desde las glándulas hasta el exterior de la uretra"⁸¹

La capacidad para realizar el coito disminuye con la edad. Mezel Doval, en su libro "Evaluación de la Salud en el Anciano" dice: Antes de los 50 años, es raro el hombre inactivo; pero

⁸¹ Ibid. p. 68,69

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

después de esta edad los casos de incapacidad aumenta, sobre todo pasando los 55 años. A los 70 años, el 27% es inactivo; a los 75, el 55% y los 80 años, sólo el 4% de los hombres es capaz para el acto sexual". (Ver Tabla Comparativa de Reacciones Sexuales entre jóvenes y viejos).⁸²

"Se ha descrito un climaterio masculino o andropausia, que se presenta a partir de los 50 años de edad y en que se ven síntomas semejantes a los de la menopausia (oleadas de calor, inquietud, cefalea, trastornos circulatorios, erección defectuosa o nula, etc.) Los testículos disminuyen y suspenden la producción de espermatozoides, los que pueden encontrarse en el sémen de hombres mayores de 80 años."⁸³

Se puede establecer que la capacidad de mantener una función sexual persiste durante toda la vida; aún en la senectud, donde sólo se ve disminuída.

2.2.6 Tabla Comparativa

REACCIONES SEXUALES ENTRE HOMBRES JOVENES Y ANCIANOS

	HOMBRES JOVENES	HOMBRES DE EDAD AVANZADA
Pezón	Erección del pezón	Disminución de la respuesta

⁸²Mezel, Doval. Op. cit. p. 63.

⁸³Gustavo, Azcárraga. Op. cit. p. 70.

Miotonía	Tensión muscular aumentada contracciones musculares involuntarias.	Disminución posible de la respuesta.
Recto	Contracciones del esfínter rectal durante el curso del orgasmo.	Disminución de la frecuencia.
Pene	Erección al cabo de 3 o 4 segundos de estimulación. Dominio eyaculatorio va- riable. Puede obtener y perder parcialmente la erección completa, mu- chas veces durante el curso del ciclo. Coloración del glande del pene. Eyaculación potente Contracciones de expul- sión durante el orgasmo. Fase de refracción varia- ble.	A partir de los 50 años, término de 2 o 3 veces más largo Erección sostenida durante mayor tiem- po, sin eyaculación Dificultad de reco- brar una erección completa, siguiendo una pérdida parcial. Disminución o ausen- cia. Debilidad, disminu- ción posible de la sensación. Después del orgasmo fase de refracción prolongada. Desentumecimiento rápido del pene.

Eyaculación	<p>En dos etapas, según va proceso o bien diferenciado.</p> <p>Contracciones prostáticas.</p> <p>Conciencia de la presión y de la emisión del fluido.</p>	<p>Expulsión del líquido seminal en una sola etapa.</p> <p>Derramamiento más que expulsión de algunos sujetos.</p> <p>Espermatozoides menos viables, menos numerosos que los de los individuos jóvenes.</p>
<hr/>		
Escroto	<p>Eclipsamiento (insignificancia) del pliegue del escroto bajo el efecto de la tensión sexual.</p> <p>Evaluación testicular hacia el final de la excitación o en el principio del vestíbulo aumento del volumen.</p> <p>Abatimiento de los testículos desde la resolución.</p>	<p>Disminución de la respuesta.</p> <p>Abatimiento rápido.</p>
<hr/>		

FUENTE: Sáenz, Narciso. Acción Socioeducativa en la Tercera Edad. Ed. CEAC. 1a. ed. España, 1989.

2.2.7 Climaterio Masculino

"Según del Consejo Nacional de Población el hombre, entre los años 40 y 50 padece un síndrome que se pensó era causado por cambios en los niveles hormonales. Sin embargo, la síntesis y liberación de testosterona no se encuentra disminuida en el hombre en esta edad, si bien es cierto que se encuentra una declinación ligera pero constante en sus niveles.

Se puede presentar depresión, irritabilidad y una serie de otros síntomas semejantes a los de la mujer en la menopausia, pero no se le puede correlacionar con ninguna alteración hormonal en particular. Uno de los problemas más frecuentes en el hombre de esta edad es la hipertrofia de la glándula prostática, hipertrofia que no está relacionada con la actividad sexual, ni con los hábitos masturbatorios, como se piensa muchas veces; esta relación prostática no interfiere con la actividad sexual pero sí puede afectar la micción, sobre todo el inicio voluntario de la misma.

Sin embargo, aunque no haya una causa a la que se puedan atribuir ciertos cambios, lo real es que con los años decrece la frecuencia del coito y la actividad sexual total".⁸⁴

Esta pérdida parcial progresiva, o a veces total de la potencia

⁸⁴ CONAPO. Individuo y Sexualidad. Vol. 3 Ed. CONAPO. 1a. ed. México, 1982. p. 237.

sexual, ocasiona en el varón grandes angustias, y lo conflictúa seriamente, además de los trastornos más o menos objetivos. También presentan alteraciones y conflictos de orden psicológico.

Se puede decir que el desconocimiento acerca de causas que ocasiona el climaterio provoca trastornos, y una orientación alivia mucho los síntomas.

"Según Dennis Hassol, así como una mujer experimenta un cambio en los niveles hormonales, así también los hombres, aunque en menor grado. El hombre experimenta una declinación gradual de los niveles efectivos de la testosterona que circula, y un aumento de la gonadotropina hipofisiaria; esta disminución de la testosterona tiene como resultado el envejecimiento, y es causado por dos factores: a) los testículos producen menos testosterona y, b) la cantidad de hormonas disponible para los tejidos también disminuye (Witter/Jones, 1980). Este cambio en la influencia hormonal suele no ser suficiente para causar ninguna disfunción sexual; los hombres tienen los mismos problemas de la vida igual que las mujeres, y sufren los mismos temores de envejecimiento y pérdida de la agilidad física.

Los problemas con la próstata y con algunas glándulas, los temores del envejecimiento, son los principales problemas psicológicos a que se enfrenta un hombre, por lo tanto, debe haber mayor orientación sobre esta etapa de la vida.

Es muy común, asociado con el envejecimiento en el hombre, el incremento gradual de las glándulas prostáticas; de 10% de todos los hombres tienen signo de crecimiento para cuando llegan a los cuarenta años y el 50% para cuando llegan a los 80 años.

La próstata, situada en la pélvis, rodeando la uretra, proporciona el líquido seminal o conduce a los espermatozoides. Conforme crece la glándula puede comprimir la uretra ocasionando dificultad al orinar, la próstata tiene dos lóbulos, el lóbulo anterior, está más a menudo asociado con el crecimiento benigno o no maligno; el lóbulo posterior, en el sitio más frecuente de cáncer de próstata. La segunda forma más común de cáncer en el hombre es cuando la glándula prostática crece tanto que al orinar se convierte en un verdadero problema, la extirpación parcial de la porción anterior se hace necesaria.

Algunos hombres pueden equiparar la prostatectomía con la incapacidad de permanecer sexualmente activo, pero las operaciones tienen poco efecto en la potencia sexual, lo que el hombre experimenta aún sin el crecimiento de la próstata, es un aumento en el tiempo necesario para lograr y mantener la erección; en algunos disminuye además el impulso de la libido y se extiende un poco el período previo a la eyaculación".⁸⁵

⁸⁵Dennis, Hassol. Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana. 1a. ed. Méxicc, 1986. p. 320-321.

Este último caso puede traer menor placer para la pareja sexual que disfruta un período más largo de escarceos.

Puede decirse que los problemas con la próstata, en el climaterio, no son un factor importante para que disminuya la actividad sexual, y que sólo es necesaria una buena orientación.

3. METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General

Existe un manejo de la sexualidad en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" en México, D.F.

3.1.2 De trabajo

El manejo de la sexualidad es positivo en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" en México, D.F.

3.1.3 Nula

El manejo de la sexualidad es negativo en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" en México, D.F.

3.2 VARIABLE E INDICADORES

3.2.1 Variable Dependiente: MANEJO DE LA SEXUALIDAD

- Indicadores

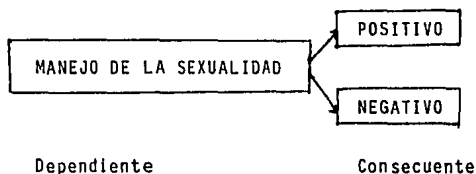
- Lenguaje escrito
- Enamoramiento
- Frecuencia del coito
- Masturbación
- Abstinencia
- Número de hijos
- Utilización de anticonceptivos
- Tabús

- Deseo sexual
- Lenguaje verbal
- Caricias
- Acercamiento físico
- Arreglo personal
- Recuerdos eróticos

3.2.2 Definiciones operacionales

El manejo de la sexualidad son las diferentes formas en que un sujeto, en este caso de la tercera edad, manifiesta que aún es tá presente su sexualidad a través de diversas maneras, como sería por medio de lenguaje escrito, verbal, contacto físico, etc.

3.2.3 Modelo de relación causal de la variable



3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

3.3.1 Tipo

El tipo de investigación se considera diagnóstica, observacio-transversal y descriptiva.

Es diagnóstica porque a través de la investigación se diagnosticará cuál es el manejo de la sexualidad de los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet".

Es observacional porque se va a visualizar el comportamiento, arreglo personal y toda aquella acción que demuestre como manejan su sexualidad los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet".

Es transversal porque la investigación se realizará en un momento determinado del tiempo, entre los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet".

Es descriptiva porque se describe la situación actual de los ancianos dentro del asilo.

3.3.2 Diseño

- Se apoyó en el plan de trabajo metodológico del curso de Seminario de Tesis impartido por la Mtra. Lasty Balseiro.
- Asistencia a curso de Metodología de Investigación.
- Revisión y consulta de bibliografía existente para la conformación del marco teórico en el manejo de la sexualidad en el anciano.
- Desglose de contenidos, ordenando los capítulos y subcapítulos de la información obtenida en referencias bibliográficas.
- Elaboración de fichas de trabajo.
- Conformación del Marco Teórico.

- Dentro del Asilo "Arturo Mundet" se utilizará la entrevista y aplicación de cuestionario para la recolección de información necesaria.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Las técnicas de investigación que se utilizaron para la realización de este trabajo son:

3.4.1 Fichas de trabajo

A través de las fichas fue posible la recolección de toda la información que fundamentó el problema y las hipótesis, para construir el Marco Teórico.

3.4.2 Observación

Se empleó para comprobar los datos obtenidos en los cuestionarios, con la manera en que los ancianos manejan su sexualidad dentro de la Casa Hogar "Arturo Mundet" encontrándose que, hablar de sexo para muchos de ellos no es tabú, sin embargo niegan algunos comportamientos que fueron observados y que de antemano ya se conocían, ejem: masturbación, recuerdos eróticos, caricias, acercamiento físico, por mencionar algunos.

3.4.3 Entrevista

Se recurrió al testimonio oral en aquellos residentes analfabetas, con incapacidad para leer o escribir, con lo que se obtuvieron los principales datos verídicos acerca del tema, debido

a la gran cantidad de anécdotas que comentaron con gran interés.

3.4.4 Cuestionario

Este instrumento se elaboró para obtener la información precisa, estructurándose un reactivo para cada uno de los indicadores de la variable que suman en total 20 reactivos con 5 opciones de respuesta a cada uno de ellos, cuya réplica se encuentra en el capítulo sexto (Ver apéndice No. 1)

Dicho cuestionario fue distribuido entre los residentes hombres que se encuentran viviendo actualmente en la Casa Hogar "Arturo Mundet", obteniéndose disponibilidad y colaboración para dar respuesta a éstos los días .

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo está constituido por ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet" y son 152 asiliados.

La población la constituyen 51 ancianos del sexo masculino.

La muestra se considera que será del 100% de la población y 33% del universo. La muestra fue tomada en base al criterio de porcentajes, ya que el criterio estadístico nos proponía una muestra insignificante.

Criterios de	152 - 100	= 33%
Porcentajes	51 - X	

Criterio estadístico

$$n = \frac{\text{no}}{1 + \frac{\text{no}}{N}}$$

n = Muestra buscada

no = Tamaño de la población = 51

N = Total del universo = 152

$$152 = 100$$

$$38.3 = X = 25\%$$

$$n = 38.3$$

$$n = \frac{51}{1 + \frac{51}{152}}$$

$$n = \frac{51}{1 + .33}$$

$$n = \frac{51}{1.33}$$

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez aplicados los cuestionarios se hizo el procesamiento de la información, elaborándose Tarjetas simples, para cada uno de los instrumentos utilizados, se anotaron únicamente los números de respuestas en el cuadro correspondiente a cada pregunta, es decir, se elaboraron 51 tarjetas simples. Se continuó el vaciado en tarjetas de concentración, donde se elaboró un cuadro de frecuencias para cada reactivo, es decir, para cada indicador de la variable.

Los resultados de 25 tarjetas simples se concentraron en una sola tarjeta, dando por resultado 2 tarjetas de concentración las cuales se integraron a una sola tarjeta llamada matriz de concentración de datos. A las cifras frecuenciales resultantes, se les asignó equivalencia porcentual mediante el empleo de la regla de tres, con esto se elaboraron los cuadros. Finalmente, se esquematizó la información mediante la elaboración de gráficas para cada uno de los cuadros.

A continuación se presentan los cuadros y las gráficas producto de la captura de los datos.

CUADRO No. 1

EDAD DE LOS ENTREVISTADOS

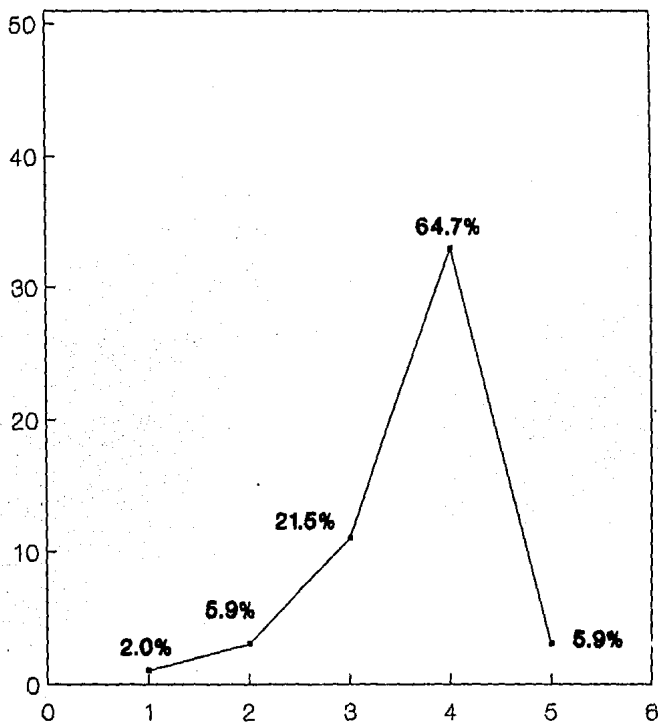
1994

OPCIONES	F	%
1. De 60 a 65 años	1	2
2. De 66 a 70 años	3	5.9
3. De 71 a 75 años	11	21.5
4. De 76 años o más	33	64.7
5. Sin respuesta	3	5.9
TOTAL	51	100%

FUENTE: Cuestionarios aplicados en la investigación realizada

GRAFICA No. 1
EDAD DE LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



DESCRIPCION: El 64.7% de los entrevistados tienen 78 años o más, en tanto que el 2% tienen 60 a 65 años.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 2

AREA A LA QUE PERTENECEN LOS ENTREVISTADOS

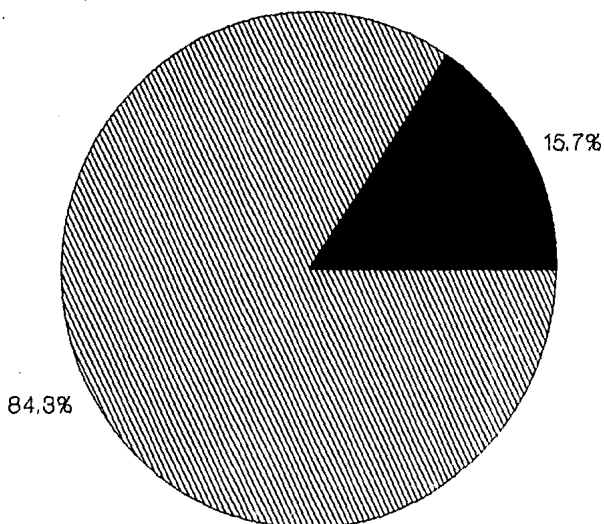
1994

OPCIONES	F	%
1. Enfermería	8	15.7
2. Ambulantes	43	84.3
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 2
AREA A LA QUE PERTENECEN
LOS ENTREVISTADOS

1992



DESCRIPCION: El 84,3% de los entrevistados pertenecen al área de ambulancias, en tanto que el 15,7% es de enfermería.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS

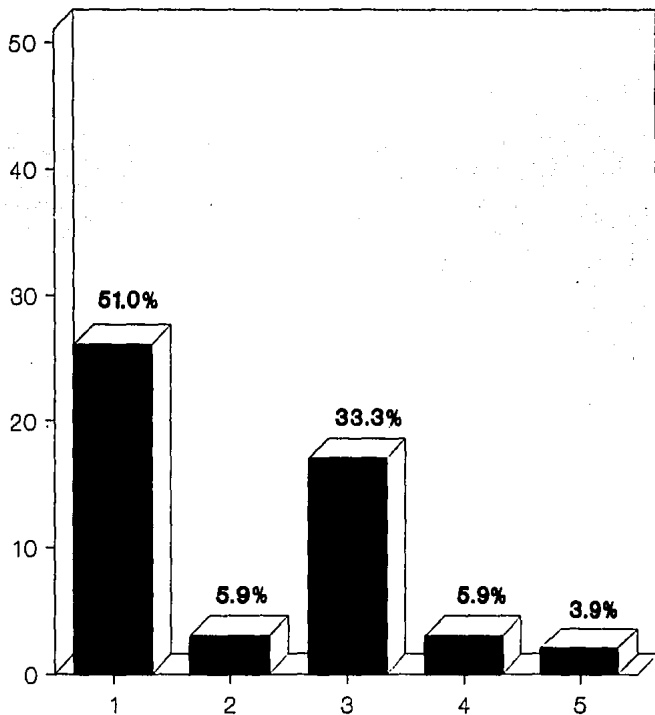
1994

OPCIONES	F	%
1. Soltero	26	51
2. Casado	3	5.9
3. Viudo	17	33.3
4. Divorciado	3	5.9
5. Sin respuesta	2	3.9
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 3
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



■ Series 1

DESCRIPCION: El 51% de los entrevistados son solteros en tanto que el 3.9% no dio respuesta.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 4

EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS

1994

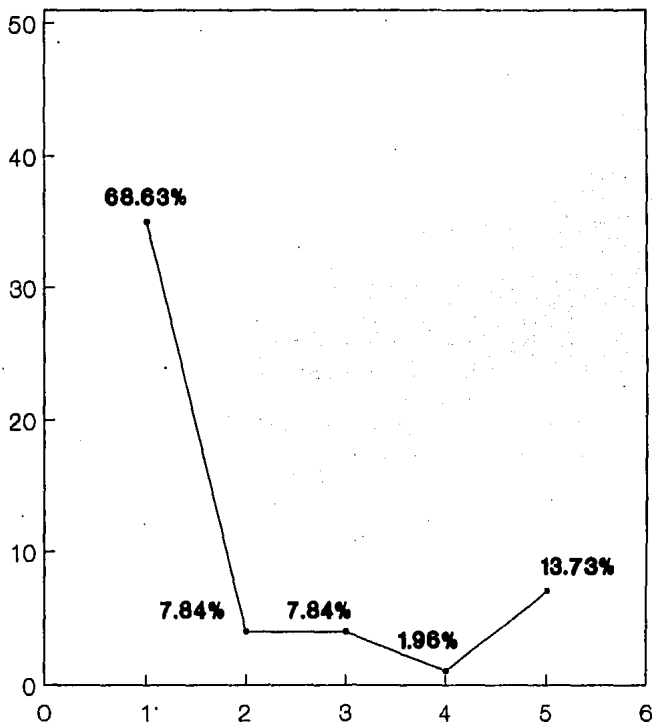
OPCIONES	F	%
1. De 15 a 20 años	35	68.63
2. De 21 a 25 años	4	7.84
3. De 26 a 30 años	4	7.84
4. De 31 años o más	1	1.96
5. Sin respuesta	7	13.73
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 4
EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL
DE LOS ENTREVISTADOS

1992

FC



DESCRIPCION: El 68.6% de los entrevistados tuvo su primera relación a los 16 y 20 años, en tanto que el 1.96% después de los 31.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 5

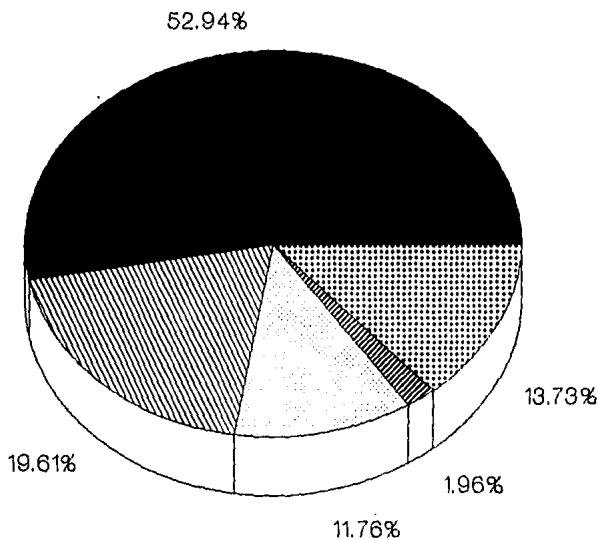
ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Primaria incompleta	27	52.94
2. Primaria completa	10	19.61
3. Secundaria	6	11.76
4. Preparatoria o Profesional	1	1.96
5. Sin respuesta	7	13.73
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 6
ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS
1992



DESCRIPCION: El 52.94% de los entrevistados tienen estudios de primaria incompleta, en tanto que el 1.96% tiene la Preparatoria.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 6

NUMERO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS

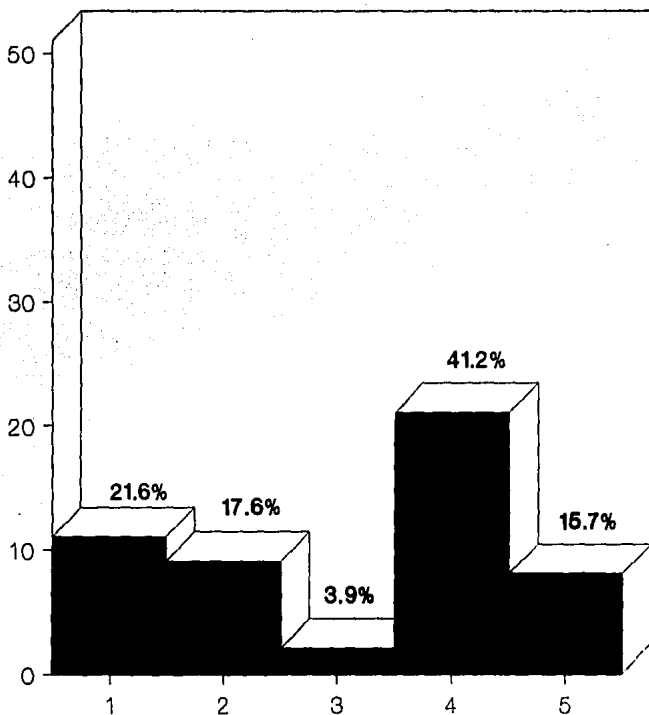
1994

OPCIONES	F	%
1. Más de 5	11	21.6
2. De 2 a 4	9	17.6
3. Uno	2	3.9
4. No tuve hijos, ya que nunca quise adquirir responsabilidades	21	41.2
5. Sin respuesta	8	15.7
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 8
NUMERO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



DESCRIPCION: El 41.2% de los entrevistados no tuvieron hijos, en tanto que el 3.9% sólo tuvo uno.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 7

ARREGLO PERSONAL PARA LLAMAR LA ATENCION DEL SEXO
FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS

1994

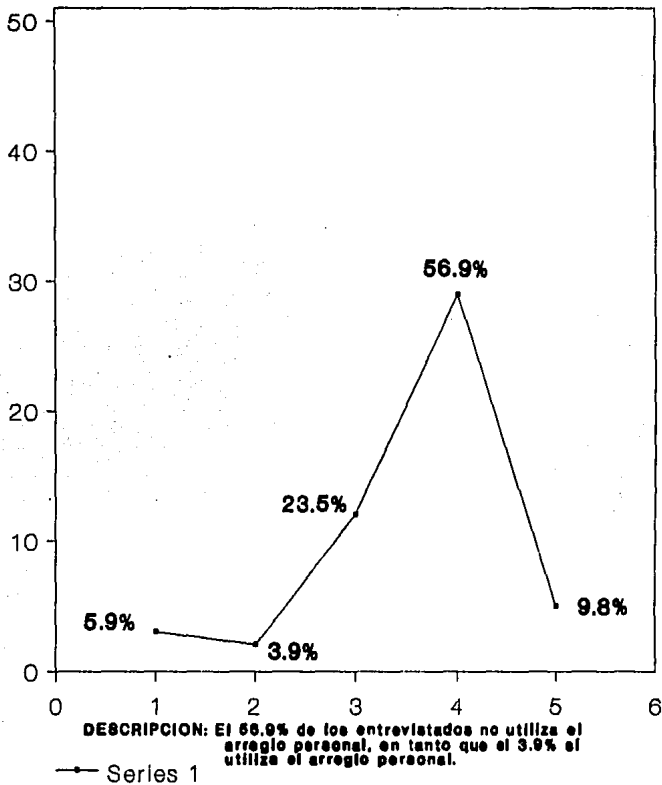
OPCIONES	F	%
1. Sí, me gusta arreglarme para agradar al <u>se</u> xo femenino, me baño, me rasuro, me pongo ropa limpia, loción, corbata, lustro muy bien mi calzado y me peino lo mejor posible para tratar de verme impecable.	3	5.9
2. Algunas veces me gusta arreglarme, cuando alguien del sexo femenino me interesa, me baño, me rasuro, me pongo ropa limpia, lo ción, para intentar agradarle.	2	3.9
3. Rara vez me arreglo, ya que el sexo feme- nino muchas veces se interesa por otros aspectos y no sólo por el físico.	12	23.5
4. No me gusta arreglarme, ya que pienso que no es muy importante, y cuando lo hago es por situaciones especiales y no precisa - mente para agradarle a las mujeres.	29	56.9
5. Sin respuesta	5	9.8
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 7
ARREGLO PERSONAL PARA LLAMAR LA ATENCION
DEL SEXO FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS

1992.

FC



FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 8

ACERCAMIENTO FISICO HACIA EL SEXO FEMENINO
DE LOS ENTREVISTADOS

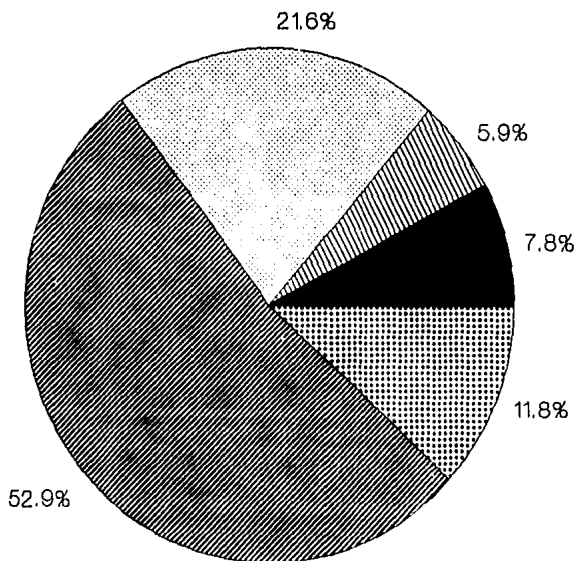
1994

OPCIONES	F	%
1. Yo trato de llamar la atención por medio de hacerme el encontradizo con la persona deseada e iniciar una conversación para empezar a ganarme su confianza y así poder llegar a tener un acercamiento físico, como podría ser una caricia, un beso.	4	7.8
2. Algunas veces me gusta arreglarme, cuando alguien del sexo femenino me interesa, me baño, me rasuro, me pongo ropa limpia, lo ción, para intentar agradarle.	3	5.9
3. Rara vez trato de llamar la atención mejorando mi aspecto físico, yo tengo mi propia estrategia secreta para llegar a tener contacto con la persona amada.	11	21.6
4. No me interesa llamar la atención para acercarme al sexo femenino, ya que no me interesa ningún acercamiento físico con nadie.	27	52.9
5. Sin respuesta	6	11.8
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 8
ACERCAMIENTO FISICO HACIA EL SEXO
FEMENINO DE LOS ENTREVISTADOS

1992



DESCRIPCION: El 52.9% de los entrevistados no les interesa un acercamiento físico, en tanto que el 5.9% sí le interesa.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 9

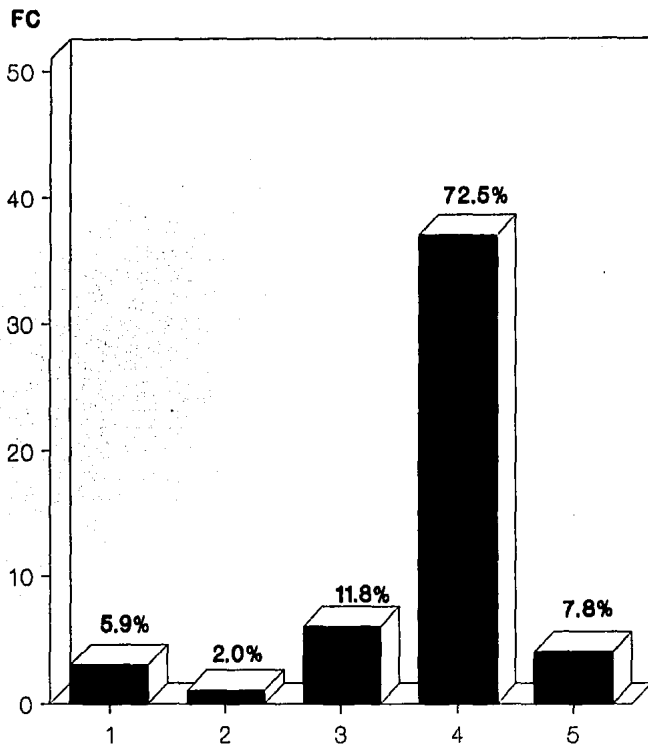
ENAMORAMIENTO EN LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Si estoy muy enamorado, a diario trato de encontrar la manera de gustarle más a quién quiero, me baño, uso mi mejor ropa con el color que a ella le agrada, me encuentro siempre de buen humor.	3	5.9
2. Estoy enamorado, me arreglo lo mejor que puedo, uso mi mejor ropa y me siento feliz.	1	2
3. Estoy enamorado, no me preocupa mi arreglo personal porque la mujer que me agrada me acepta tal como soy.	6	11.8
4. No estoy enamorado y aún así me siento feliz, ya que no es necesario estarlo para serlo.	37	72.5
5. Sin respuesta	4	7.8
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 9
ENAMORAMIENTO DE LOS ENTREVISTADOS
1992



Series 1

DESCRIPCION: El 72,5% de los entrevistados no están enamorados, en tanto que el 2% sí lo están.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

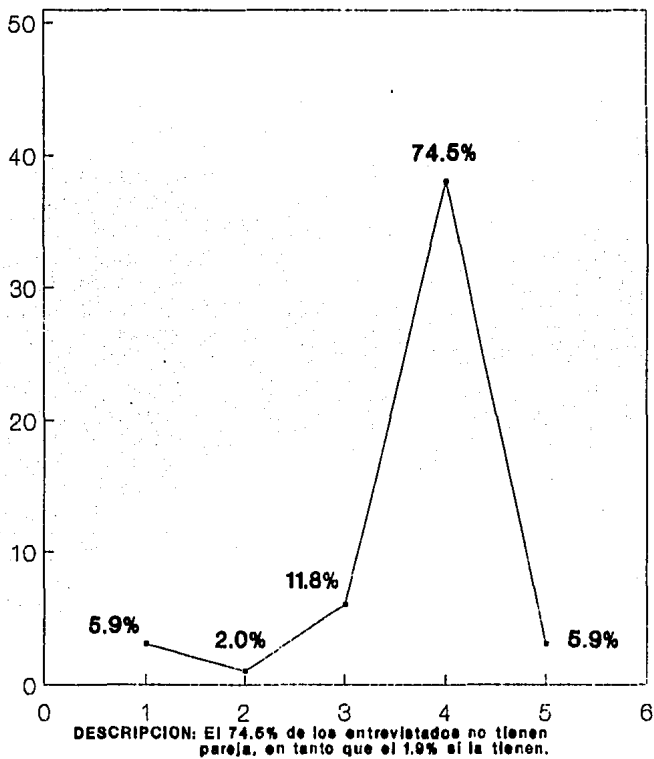
CUADRO No. 10
RELACION DE PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS
1994

OPCIONES	F	%
1. Si, actualmente estoy casado con ella, la quiero mucho y compartimos la misma habitación.	3	5.9
2. Si tengo pareja y sólo mantengo relaciones de noviazgo, aunque he pensado en el matrimonio.	1	2
3. Si tengo pareja, pero no es estable, la veo en ocasiones.	6	11.8
4. No tengo pareja, ni me interesa tenerla.	38	74.5
5. Sin respuesta	3	5.9
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 10
RELACION DE PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



—●— Series 1

FUENTE: Miema del cuadro No. 1.

CUADRO No. 11

UTILIZACION DE CARICIAS EN LA RELACION AMOROSA
DE LOS ENTREVISTADOS

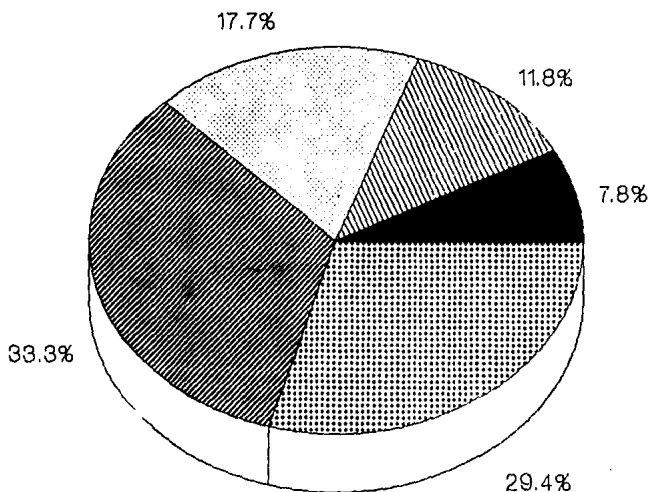
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, me gusta siempre acariciarle su cabeza, su cara, su espalda, sus manos, y alguna parte del cuerpo.	4	7.8
2. Sí acaricio sus manos y parte de su cuerpo en ocasiones.	6	11.8
3. Casi no, sólo la tomo de la mano, y en ocasiones la acaricio.	9	17.7
4. Ya no me gusta, me parece cursi o innecesario.	17	33.3
5. Sin respuesta	15	29.4
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 11
UTILIZACION DE CARICIAS EN LA RELACION
AMOROSA DE LOS ENTREVISTADOS

1992



DESCRIPCION: El 33.3% de los entrevistados no utilizan caricias en su relación amorosa, en tanto que el 7.8% sí las utilizan.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 12

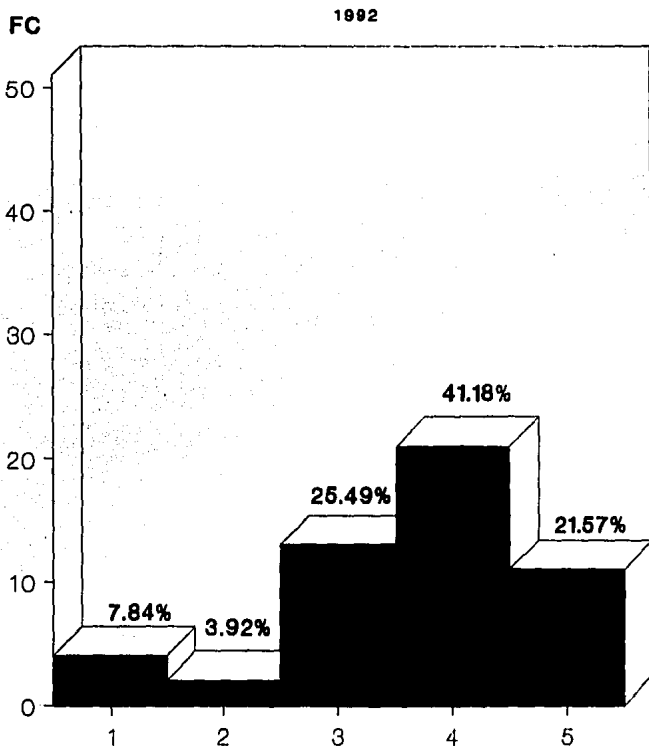
LENGUAJE VERBAL PARA RELACIONARSE CON SU PAREJA
DE LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí la utilizo, me gusta decirle a diario el amor que siento, lo que la quiero, lo que me gusta de ella, y expresarle lo importante que es para mí a través de declaraciones de amor, poesías o piropos.	4	7.84
2. Sí la utilizo, me gusta decirle que la quiero y platicar de lo bonito que es nuestra relación.	2	3.92
3. La utilizo con poca frecuencia, sólo le digo en ocasiones que me gusta.	13	25.49
4. No la utilizo, porque no me gusta y nunca lo he utilizado.	21	41.18
5. Sin respuesta	11	21.57
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 12
LENGUAJE VERBAL PARA RELACIONARSE CON
SU PAREJA DE LOS ENTREVISTADOS



Series 1

DESCRIPCION: El 41.18% de los entrevistados no utiliza lenguaje verbal, en tanto que el 3.92% sí utilizan dicha comunicación.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 13

MANIFESTACION DE SEXUALIDAD POR MEDIO DE LA ESCRITURA
DE LOS ENTREVISTADOS

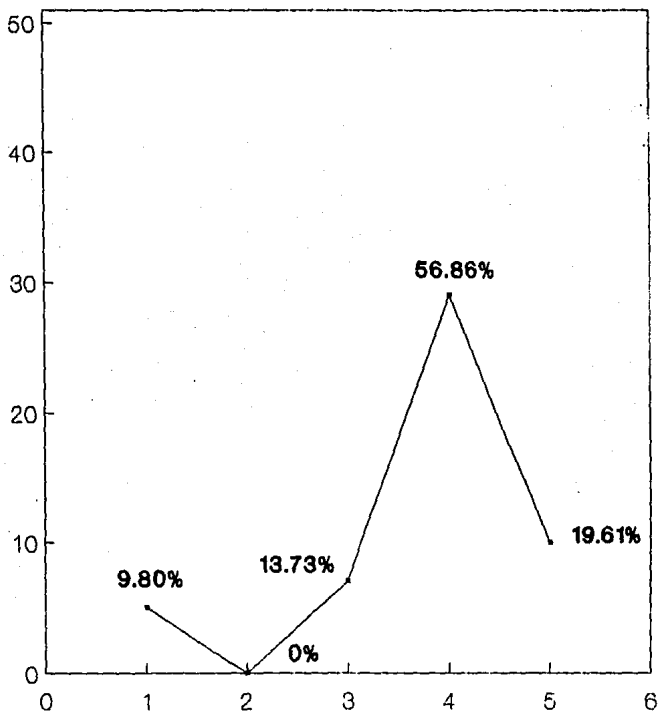
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo escribo poesías eróticas por lo que en ello encuentro la mejor manera de expresar mis sentimientos y deseos a la persona que me agrada, además le mando recados cariñosos diariamente y escribo por todas partes su nombre y cuanto la amo.	5	9.80
2. Escribo poesías eróticas varias veces por semana a la persona que amo, en ocasiones le mando recados cariñosos.	0	0
3. Escribo en ocasiones poesías eróticas y las ofrezco a personas que me agradan.	7	13.73
4. No escribo, se me hace cursi y además no lo considero importante para expresar mis sentimientos.	29	56.86
5. Sin respuesta	10	19.61
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 13
MANIFESTACION DE SEXUALIDAD POR MEDIO
DE LA ESCRITURA DE LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



DESCRIPCION: El 56.86% de los entrevistados no les gusta escribir por considerarlo oral, en tanto que el 9.80% sí escribe.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 14

CONSIDERACION DE LA SEXUALIDAD COMO TABU
DE LOS ENTREVISTADOS

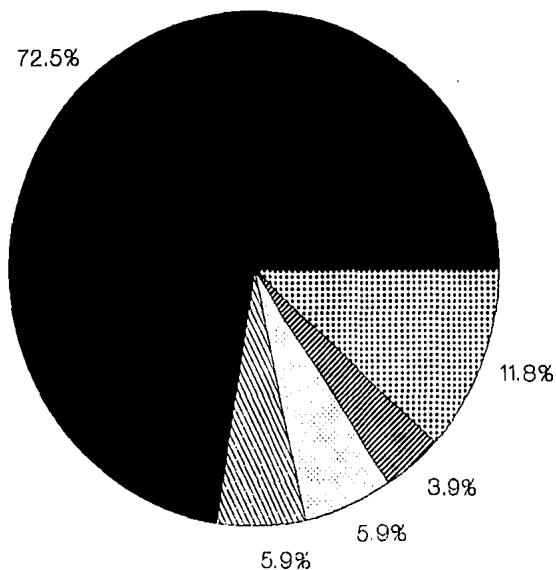
1994

OPCIONES	F	%
1. Pienso que los aspectos de la sexualidad son parte de la vida cotidiana de cualquier persona y no considero tabú a la sexualidad.	37	72.5
2. Yo no tengo tabús, siempre y cuando sea dentro del matrimonio.	3	5.9
3. Sólo algunas ocasiones lo considero así.	3	5.9
4. Todos los aspectos sexuales son tabús y prohibidos, para mi forma de pensar.	2	3.9
5. Sin respuesta.	6	11.8
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 14
CONSIDERACION DE LA SEXUALIDAD
COMO TABU DE LOS ENTREVISTADOS

1992



DESCRIPCION: El 72.5% de los entrevistados consideran que la sexualidad no es un tabú, en tanto que el 3.9% consideran que sí lo es.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 15

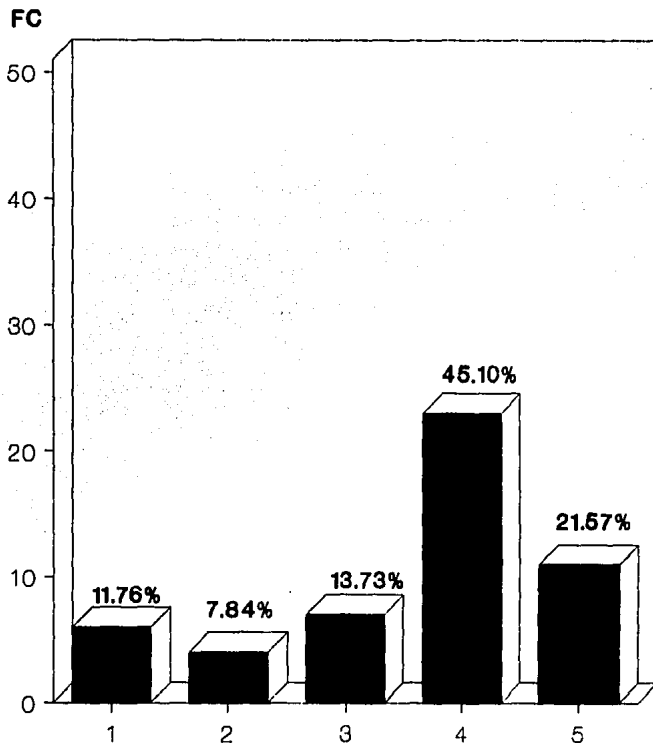
ABSTINENCIA SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. No me abstengo, manejo mi sexualidad como mejor me conviene y siempre me es satisfactoria la manera en que me <u>com</u> porto.	6	11.76
2. No me abstengo, manejo mi sexualidad de acuerdo a las condiciones que se me presentan, tomando en cuenta las oportunidades que tenga.	4	7.84
3. No me abstengo, manejo mi sexualidad algunas veces para satisfacer la <u>nece</u> sidad en el momento.	7	13.73
4. Me abstengo, porque no me interesa las cuestiones sexuales y me parece de mal gusto hablar de ellas.	23	45.10
5. Sin respuesta.	11	21.57
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 15
ABSTINENCIA SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS
1992



Series 1

DESCRIPCION: El 45.10% de los entrevistados se abstienen sexualmente, en tanto que el 7.84% no se abstiene en su sexualidad.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 16

RECUERDOS EROTICOS DE LOS ENTREVISTADOS

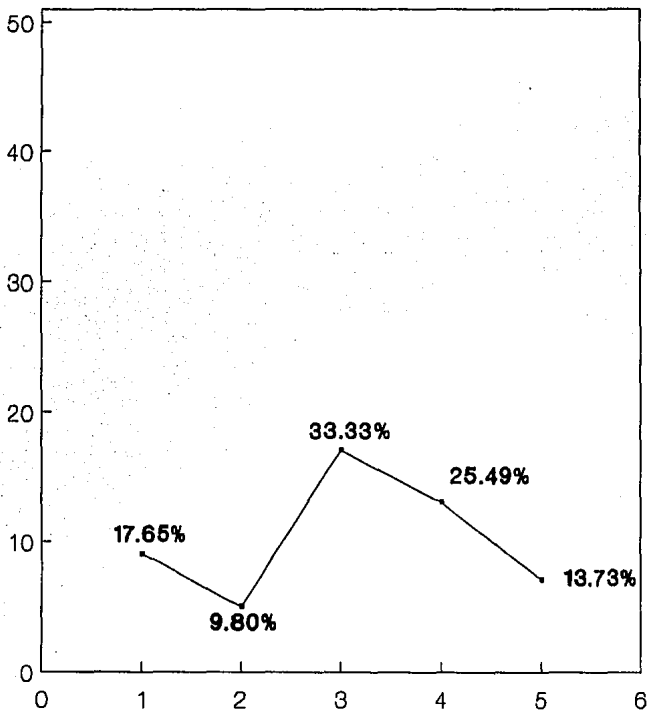
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, constantemente recuerdo vivencias pasadas de mi intimidad al observar parejas revistas con escenas eróticas o si me hablan del tema en cuestión.	9	17.65
2. Sí, cuando me encuentro con una persona del sexo opuesto y que es de mi agrado, recuerdo algunas experiencias sexuales que he tenido.	5	9.80
3. Sí, en ocasiones recuerdo vivencias eróticas sin estímulo alguno.	17	33.33
4. No lo considero necesario	13	25.49
5. Sin respuesta	7	13.73
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 16
RECUERDOS EROTICOS DE LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



DESCRIPCION: El 33.3% de los entrevistados en ocasiones tienen recuerdos eróticos, en tanto que el 9.80% recuerdan algunas veces.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 17

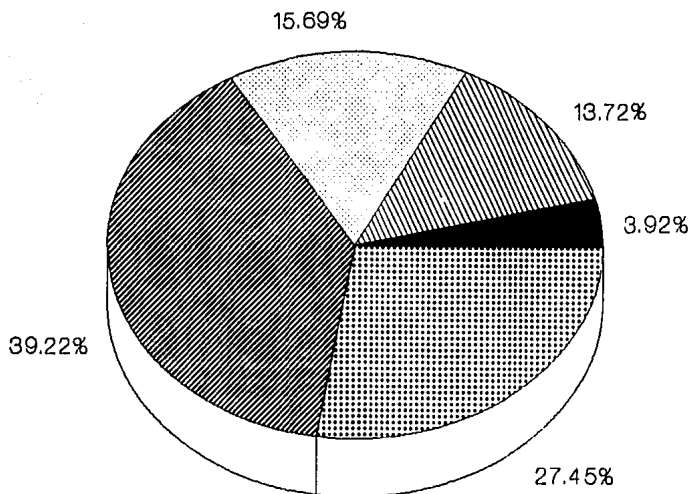
MASTURBACION EN LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí me masturbo, porque en ello encuentro gran satisfacción, lo disfruto y lo practico frecuentemente, considerando que no es necesaria la relación de pareja.	2	3.92
2. Sí me masturbo, encuentro satisfacción, lo practico solamente cuando mi deseo es grande.	7	13.72
3. Sí me masturbo, aunque no siempre me satisface.	8	15.69
4. No me masturbo, considero eso algo sucio y pecaminoso.	20	39.22
5. Sin respuesta	14	27.45
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 17
MASTURBACION EN LOS ENTREVISTADOS
1992



DESCRIPCION: El 39.22% de los entrevistados no se masturban, en tanto que el 3.92% si lo hace.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 18

DESEO DE RELACION SEXUAL DE LOS ENTREVISTADOS

1994

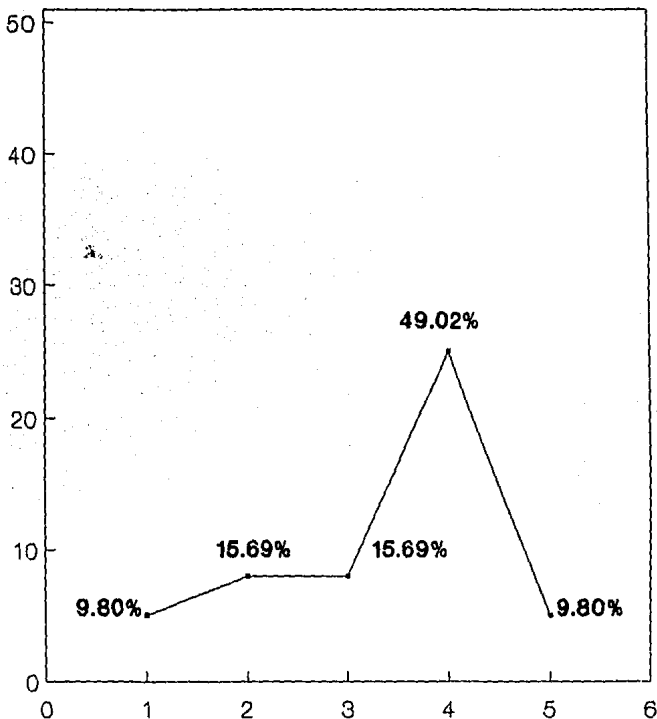
OPCIONES	F	%
1. Sí, ya que el tener relaciones sexuales me produce gran satisfacción y me hace sentir bien.	5	9.80
2. Sí, en algunas ocasiones siento el deseo de tener relaciones.	8	15.69
3. Rara ocasión surge en mí el deseo de tener relaciones.	8	15.69
4. No, eso ya no me interesa sólo quiero descansar y dormir.	25	49.02
5. Sin respuesta.	5	9.80
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 18
DESEO DE RELACION SEXUAL
DE LOS ENTREVISTADOS

FC

1992



DESCRIPCION: El 49.02% de los entrevistados no desea tener una relación sexual, en tanto que el 9.80% manifestó que si lo deseaba.

— Series 1

FUENTE: Miema del cuadro No. 1.

CUADRO No. 19

FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES
DE LOS ENTREVISTADOS

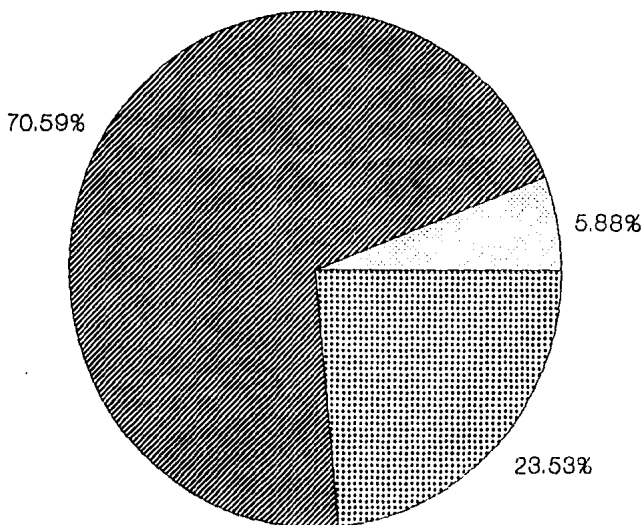
1994

OPCIONES	F	%
1. Varias veces a la semana con la persona amada.	0	0
2. Una vez a la semana con la pareja amada	0	0
3. Dos veces por mes con mi pareja.	3	5.88
4. No tengo relaciones ni las considero <u>ne</u> cesarias.	36	70.59
5. Sin respuesta	12	23.53
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 10
FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES
DE LOS ENTREVISTADOS

1992



DESCRIPCION: El 70.59% de los entrevistados no tienen relaciones sexuales, en tanto que el 5.88% lo realizan dos veces por mes.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 20

USO DE PRESERVATIVO EN LOS ENTREVISTADOS

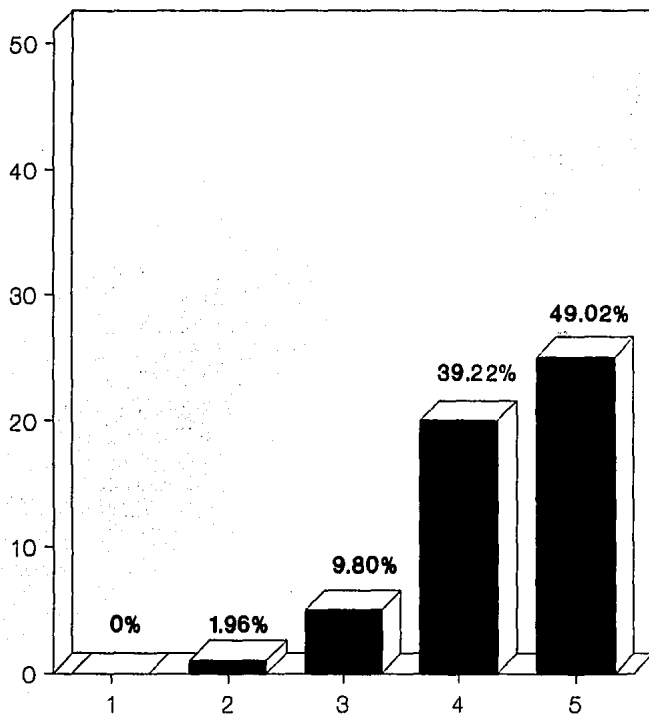
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, ya que es lo máximo porque cuando lo uso puedo tener relaciones cuántas veces quiera y me es muy cómodo.	0	0
2. Sí, uso condón, porque es la manera de sentirme protegido y me genera más confianza.	1	1.96
3. En ocasiones lo he llegado a usar pero no es de mi total agrado.	5	9.80
4. El condón no sirve ni lo considero necesario.	20	39.22
5. Sin respuesta	25	49.02
TOTAL	51	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 20
USO DE PRESERVATIVO EN LOS ENTREVISTADOS
1992

FC



Series 1

DESCRIPCION: El 49.02% de los entrevistados se abstuvo de responder, en tanto que el 1.96% usa el preservativo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante la distribución porcentual decreciente de las respuestas de MB, B, S y NA.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FRECUENCIAS
PARA LAS RESPUESTAS DE MB

INDICADORES	MANEJO DE LA SEXUALIDAD			
	+++++	B	S	-----
	MB 100-86	B 85-71	S 70-60	NA 59-0
Tabú	72.5%			
Número de hijos				21.6%
Recuerdos eróticos				17.65
Abstinencia				11.76
Lenguaje escrito				9.80
Deseo				9.80
Lenguaje verbal				7.84
Caricias				7.8
Acercamiento físico				7.8
Arreglo personal				5.9
Compañera sexual				5.9
Enamoramiento				5.9
Masturbación				3.92

Frecuencia de colto	0
Uso de preservativo	0

En esta distribución porcentual, se puede observar que todas las respuestas caen en el criterio de NA, por lo que se comprende que no existe el manejo de la sexualidad en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet", de esta manera se comprueba la hipótesis que dice:

H_0 : El manejo de la sexualidad es negativo en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", en México, D.F. Asimismo, cabe la duda de preguntar en relación a los tabús, si la sexualidad es un tabú para ellos, ya que el 72.5% contesta con una B lo que significa que en términos generales, no es tabú la sexualidad, pero en comparación de las respuestas otorgadas para los otros indicadores, se puede afirmar que esta contestación se hizo al margen de la verdad, ya que los catorce indicadores restantes nos demuestran que no existe manejo de la sexualidad.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FRECUENCIAS
PARA LAS RESPUESTAS DE B

INDICADORES	MANEJO DE LA SEXUALIDAD			
	+++++	B	S	-----
	MB 100-86	B 85-71	S 70-60	NA 59-0
Número de hijos				17.6
Deseo				15.69
Masturbación				13.72
Caricias				11.8
Recuerdos eróticos				9.80
Abstinencia				7.84
Acercamiento físico				5.9
Tabú				5.9
Lenguaje verbal				3.92
Arreglo personal				3.9
Enamoramiento				2
Compañera sexual				2
Uso de preservativo				1.96
Frecuencia de coito				0
Lenguaje escrito				0

En esta distribución porcentual se observa que todas las respuestas caen en el criterio de NA, por lo que nuevamente se

comprende que no existe manejo de la sexualidad en los ancianos que reciben en el Asilo "Arturo Mundet". De esta manera, se comprueba la Hipótesis Nula que dice:

H_0 : El manejo de la sexualidad es negativo en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", en México, D.F.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FRECUENCIAS
PARA LAS RESPUESTAS DE S

INDICADORES	MANEJO DE LA SEXUALIDAD			
	+++++			-----
	MB 100-86	B 85-71	S 70-60	NA 59-0
Recuerdos eróticos				33.3
Lenguaje verbal				25.49
Arreglo personal				23.5
Acercamiento físico				21.6
Caricias				17.7
Deseo				15.69
Masturbación				15.69
Abstinencia				13.73
Lenguaje escrito				13.73
Enamoramiento				11.8
Compañera sexual				11.8
Uso de preservativo				9.80

Tabú	5.9
Frecuencia de coito	5.8
Número de hijos	3.9

En esta distribución porcentual se observa que todas las respuestas caen en el criterio de NA, por lo que nuevamente se comprende que no existe manejo de la sexualidad en los ancianos que residen en el Asilo "Arturo Mundet". De esta manera, se comprueba la Hipótesis Nula que dice:

H_0 : El manejo de la sexualidad es negativo en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", en México, D.F.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FRECUENCIAS
PARA LAS RESPUESTAS DE NA

INDICADORES	MANEJO DE LA SEXUALIDAD			
	+++++			-----
	MB 100-86	B 85-71	S 70-60	NA 59-0
Compañera sexual		74.5%		
Enamoramiento		72.5		
Frecuencia de coito			70.59	
Arreglo personal				56.9
Lenguaje escrito				56.86

Acercamiento físico	52.9
Deseo	49.02
Abstinencia	45.10
Número de hijos	41.2
Lenguaje verbal	41.18
Masturbación	39.22
Uso de preservativo	39.22
Caricias	33.33
Recuerdos eróticos	25.49
Tabú	3.9

En esta distribución porcentual se puede observar que casi todas las respuestas caen en el criterio de NA, por lo que se comprende que no existe manejo de la sexualidad en los Ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet". De esta manera se comprueba la Hipótesis Nula que dice:

H_0 : El manejo de la sexualidad es negativo en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", en México, D.F.

Asimismo, cabe la duda de las preguntas sobre compañera sexual y enamoramiento, ya que el 74.5% y 72.5% respectivamente contestaron con una B, lo que significa que en términos generales, ellos expresan tener presente su sexualidad y manejarla de esta manera, se puede afirmar que fueron contestaciones he

chas al margen de la verdad, al igual que el 70.59% contestó con una S en lo que respecta a la pregunta de frecuencia de coito.

4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En el cuadro No. 1 relativo a la edad de los entrevistados se observa que el 64.7% tiene 76 años o más, lo que significa que son personas con longevidad que pasa del grupo de anciano a senecto.

En el cuadro No. 2 respecto al área en donde se encuentran los entrevistados, el 84.3% pertenece al área de ambulantes, lo que significa que la mayoría de ellos aún es autosuficiente.

En el cuadro No. 3 relativo al estado civil de los entrevistados se observa que el 51% es soltero, lo que significa que hubo mayor soledad en ellos y tendencia a acudir a un asilo.

En el cuadro No. 4 relativo a la edad de los entrevistados en su primera relación sexual, se observa que el 68.63% tenía de 15 a 20 años, lo que significa que tuvieron una experiencia precoz en aspecto sexual.

En el cuadro No. 5 relativo a la escolaridad de los entrevistados, se observó que el 52.94% tiene primaria incompleta, lo que significa que hubo falta de preparación y educación para manejar aspectos sexuales.

En el cuadro No. 6 correspondiente al número de hijos de los entrevistados, el 45.1% no tuvieron hijos o solamente tuvieron uno, el 39.2% tuvo en promedio de 2 a 5 hijos, porque lo consideraba parte fundamental para formar su núcleo familiar, y el 15% restante se abstuvo de responder a la pregunta, lo que significa que el mayor porcentaje no tuvieron hijos, ya que no quisieron asumir responsabilidades, por haber tenido perspectivas en su vida, en donde no se incluía la posibilidad de uno o más hijos.

En el cuadro No. 7 correspondiente al arreglo personal de los entrevistados, para llamar la atención del sexo femenino, el 80.4% no le gusta arreglarse, el 9.8% se inclina por mantener y mejorar su arreglo personal, y el 9.8% restante, no contestó la pregunta, lo que significa que el arreglo personal no es muy importante para estos ancianos, ya que consideran que el sexo femenino se interesa por otros aspectos y no sólo por el arreglo personal.

En el cuadro No. 8 relativo al acercamiento físico de los entrevistados hacia el sexo femenino, se observa que el 74.5% no le interesa el acercamiento al sexo opuesto, el 13.7% trata de llamar la atención por medio de mejorar su arreglo, y el 11.8% restante se negó a responder la pregunta, lo que significa, que al anciano no le interesa tener ningún contacto físico con el sexo opuesto.

En el cuadro No. 9 relativo al enamoramiento de los entrevistados, el 19.7% está enamorado, el 72.5% no está enamorado y piensa que no es necesario, en tanto que el 7.8% no respondió lo que significa que los ancianos son felices dentro de su me di o y no necesitan del amor.

En el cuadro No. 10 relativo a la relación de pareja de los entrevistados, el 74.5% no tiene pareja, el 29.7% sí tiene pa re ja y se observa que el 5.9% no respondió, lo que significa que a la mayoría no le interesa llevar una relación de pareja.

En el cuadro No. 11 corresponde al empleo de caricias en la relación amorosa de los entrevistados, el 19.6% utiliza dichas caricias, mientras que el 51% casi no utiliza o no le gusta utilizarlas, y el 29.4% se abstuvo de contestar, lo que signifi ca que no utilizan caricias en su relación porque no lo con sideran necesario, ya que les parece cursi.

En el cuadro No. 12 concerniente al lenguaje vertical para re lacionarse con su pareja de los entrevistados, el 11.76% utiliza dicho lenguaje, el 25.49% lo utiliza con poca frecuencia, el 41.18% no lo utiliza, mientras que el 21.57% evitó contestar la pregunta. Lo que significa que un porcentaje importante no utiliza el lenguaje para relacionarse con su pareja por que no le gusta y nunca lo ha utilizado.

En el cuadro No. 13 relativo a la manifestación de su sexualidi

dad por medio de la escritura de los entrevistados; el 23.53% escribe poesías eróticas para expresar sus sentimientos y deseos por la persona que les agrada, el 56.86% no escribe, ya que no lo considera cursi, además de que no es importante para expresar sus sentimientos, mientras que el 19.61% se abstuvo de contestar la pregunta, lo que significa que la mayoría de los entrevistados se hayan indiferentes en aspectos románticos para expresar su sexualidad.

En el cuadro No. 14 relativo a la consideración de la sexualidad como tabú de los entrevistados, el 72.5% piensa que son aspectos de la vida cotidiana, el 11.8% se abstuvo de contestar, en tanto que el 15.7% sólo en algunas ocasiones lo considera tabú; lo que significa que la mayoría lo considera como algo normal.

En el cuadro No. 15 relativo a la abstinencia sexual de los entrevistados, el 33.33% no se abstiene de su sexualidad, en tanto que el 45.10% se abstiene y el 21.57% no respondió a la pregunta, lo que significa que no manifiesta su sexualidad con honestidad.

En el cuadro No. 16 relativo a los recuerdos eróticos de los entrevistados, se observa que la relación de las tres últimas respuestas sumadas dan como resultado 72.55%, lo que significa que no lo consideran necesario y ya no existe estímulo al-

guno, mientras que las dos primeras recuerdan alguna de sus vivencias pasadas con personas del sexo opuesto con cierto agrado.

En el cuadro No. 17 relativo a la masturbación de los entrevistados, relacionando las tres últimas respuestas dan como resultado 82.35%, lo que significa que no se masturban y lo consideran sucio y pecaminoso debido a su conducta moral, mientras que la relación de las dos primeras lo practican ocasionalmente debido a la necesidad de sentirse bien.

En el cuadro No. 18 correspondiente al deseo de relación sexual de los entrevistados, el 25.49% sí tiene relaciones sexuales, el 64.71% no les interesa y el 9.80% no respondió, lo que significa que a la mayoría no les interesa, sólo quieren descansar y dormir.

En el cuadro No. 19 correspondiente a la frecuencia de las relaciones sexuales de los entrevistados, el 76.47% no tiene relaciones sexuales o solamente en determinadas ocasiones las practican, lo que significa que si no tienen relaciones es porque no les interesa.

En el cuadro No. 20 relativo al uso de los preservativos de los entrevistados, el 1.96% sí lo utiliza, el 48.82% lo consideran innecesario, en tanto que el 49.02% se abstuvo de contestar, lo que significa que por falta de información no utilicen el preservativo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos, ya que se pudo analizar cuál es el manejo de la sexualidad en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet", en México, D.F., gracias a las facilidades que dió la institución, y a la disposición de los residentes, quienes colaboraron con valiosa información, al ser encuestados, y de esta forma, a su vez, se lograron los objetivos específicos, que eran: identificar las principales formas en que el anciano de la Casa Hogar "Arturo Mundet" manifiesta su sexualidad.

Se puede concluir que no existe el manejo de la sexualidad en los ancianos, ya que los resultados obtenidos demuestran que:

- La masturbación en los ancianos es de tan sólo el 3.92%
- El enamoramiento en los ancianos es del 5.9%
- La compañera sexual en los ancianos es de 5.9%
- El arreglo personal de los ancianos es de 5.9%
- El acercamiento físico en los ancianos es de 7.8%
- Las caricias en los ancianos es del 7.8%
- La utilización del lenguaje verbal en los ancianos es del 7.84%
- El deseo sexual en los ancianos es del 9.80%
- La utilización del lenguaje escrito en los ancianos es del 9.80%

- La abstinencia en los ancianos es del 11.76%
- Los recuerdos eróticos en los ancianos es del 21.6%
- El tabú en los ancianos es del 72.5%

En cuanto a la teoría analizada, en el devenir de la historia del hombre, la vejez ha sido considerada en distintas formas: ha sido modificada, castigada y reprimida. Aún en nuestros tiempos, los ancianos han sido relegados y tomados como personas no productivas y estorbosas. Se les ha considerado en decadencia, en todos los aspectos a nivel social, psicológico y fisiológico.

- Por años se ha creído que la sexualidad en el anciano estaba ausente; sin embargo, se puede asegurar que en comparación con la juventud, sólo está disminuida.
- El 45.1% de los entrevistados no tuvo hijos, ya que no quisieron asumir responsabilidades; y el 39.2% de los entrevistados tuvo de dos a cinco hijos, porque lo consideraban parte fundamental para su núcleo familiar.
- El arreglo personal de los ancianos no es importante, ya que consideran que el sexo femenino se interesa por otros aspectos y no sólo por el arreglo personal.
- La mayoría de los ancianos no tiene pareja, no están enamorados, y no les interesa el acercamiento físico con el sexo

opuesto.

- Un bajo porcentaje no utiliza el lenguaje para relacionarse con su pareja, ni las caricias, porque lo consideran innecesario y les parece cursi.
- La sexualidad para los ancianos aún es un tabú, y no manifiesta su sexualidad con honestidad.
- En cuanto a la masturbación, la mayoría de los ancianos no la practica, y una minoría la practica ocasionalmente. En cuanto al uso de preservativo, lo consideran innecesario.
- De acuerdo con los resultados de la investigación, se comprueba que el manejo de la sexualidad es negativa en los ancianos de la Casa Hogar "Arturo Mundet", en México, D.F.

5.2 RECOMENDACIONES

- Motivar al residente a asistir a eventos sociales organizados por la Casa Hogar para ancianos "Arturo Mundet", para propiciar un mayor acercamiento físico.
- Organizar reuniones o mesas redondas entre los residentes de ambos sexos, para compartir vivencias, ideas, preferencias y diferentes maneras de percibir la vida.
- Dar asesorías psicológicas sobre la sexualidad en la tercera edad, para que ésta no siga considerándose tabú entre ellos.
- Fomentar en el residente el arreglo personal, no sólo para

eventos o para acercamiento físico, sino como un hábito de la vida cotidiana.

- Educar al personal que tiene contacto directo con los residentes sobre temas de sexualidad en la tercera edad, con la finalidad de que dicho personal apoye, guíe u oriente al anciano sobre el manejo de su sexualidad.
- Favorecer la comunicación entre los sexos, entre los residentes de la Casa Hogar, por medio del personal que ahí labora.
- Fomentar el intercambio de actividades de los diferentes asilos del D.F., con la finalidad de mejorar las relaciones sociales de los residentes.
- Incrementar las actividades de tipo físico entre los residentes de la Casa Hogar, como podrían ser las actividades de: caminata y/o la gimnasia de conservación con ejercicios adecuados a las posibilidades de los ancianos.
- Considerar que la actitud de la sociedad es fundamental para el desarrollo de las personas ancianas, y que esta misma sociedad es la que debe cambiar el concepto que tiene del anciano -como algo inútil- al concepto de que el anciano es hábil y sabio, alguien lleno de ricas experiencias, que pueden enfocar la vida desde una perspectiva diferente. El día que la sociedad cambie respecto de los ancianos, éstos empezarán a desarrollarse y a crecer como seres humanos.
- Cambiar las expectativas respecto de los ancianos, y motivar

los para que sigan ejercitando las habilidades que poseen, de modo que éstas no se vean disminuidas o vayan en deterioro.

- Motivar a la sociedad a cambiar de actitud hacia el anciano, ya que ésta puede estar provocando su desinterés por aprender cosas nuevas; si no se espera que estén al día con los acontecimientos, que al menos tomen decisiones, que sean creativos e innovadores, y que sigan aprendiendo.
- Estimular los contactos que aún tenga el anciano, ya que éstos requieren mayor armonía. A este respecto, el contacto con la familia debe proporcionarle oportunidades de integración, ayudándose unos a otros, para que la persona anciana no se sienta sola y mucho menos aislada.

6. ANEXOS Y APENDICES

APENDICE No. 1: Cuestionario de la Investigación:

Manejo de la Sexualidad en el Anciano de la
Casa Hogar "Arturo Mundet" en México, D.F.

APENDICE No. 2: Modelo de Tarjeta Simple

APENDICE No. 3: Modelo de Tarjeta de Concentración

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN EL ANCIANO DE LA CASA HOGAR
"ARTURO MUNDET" EN MEXICO, D.F.

Cuestionario No. _____

ELABORADO POR:

GLORIA E. AHUMADA QUEZADA

AMPARO A. DEL RIO RODRIGUEZ

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA:

CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

FECHA DE ELABORACION:

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO

Recabar datos fidedignos para conformar y recabar la información necesaria con el fin de comprobar la hipótesis de trabajo y la hipótesis general.

JUSTIFICACION

El presente cuestionario es el instrumento vital con el que se podrá obtener la información conjuntamente con la técnica de observación. Partiendo de la obtención de información, se podrán elaborar las tablas y gráficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de obtener datos, por tal motivo, es necesario que la persona encuestada siga las siguientes instrucciones:

1. Contestar honestamente las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marque con una "X" una sola respuesta en cada pregunta, ya que en caso de marcar dos se invalidará la respuesta.
3. Todos los datos obtenidos son estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que se den a este cuestionario, y si desea conocer los resultados estarán a su disposición al término de la investigación.

DATOS GENERALES

1. ¿CUAL ES SU EDAD?

- 1. De 60 a 65 años
- 2. De 66 a 70 años
- 3. De 71 a 75 años
- 4. De 76 años o más
- 5. Sin respuesta

2. ¿A QUE AREA PERTENECE USTED DENTRO DEL ASILO?

- 1. Enfermería
- 2. Ambulantes

3. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Viudo
- 4. Divorciado
- 5. Sin respuesta

4. ¿RECUERDA A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL?

- 1. De 15 a 20 años
- 2. De 21 a 25 años
- 3. De 26 a 30 años
- 4. De 31 años o más
- 5. Sin respuesta

5. ¿CUAL ES SU ESCOLARIDAD?

- 1. Primaria incompleta
- 2. Primaria completa
- 3. Secundaria
- 4. Preparatoria o Profesional
- 5. Sin respuesta

6. ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

- 1. Más de 5
- 2. De 2 a 4
- 3. Uno
- 4. No tuve hijos, ya que nunca quise adquirir responsabilidades
- 5. Sin respuesta

7. ¿SE ARREGLA USTED EN SU PERSONA PARA LLAMAR LA ATENCION AL SEXO FEMENINO?

- ___ 1. Sí, me gusta arreglarme para agradar al sexo femenino, me baño, me rasuro, me pongo ropa limpia, loción, corbata, lustro muy bien mi calzado y me peino lo mejor posible para tratar de verme impecable.
- ___ 2. Algunas veces me gusta arreglarme, cuando alguien del sexo femenino me interesa, me baño, me rasuro, me pongo ropa limpia y loción para intentar agradarle.
- ___ 3. Rara vez me arreglo, ya que el sexo femenino muchas veces se interesa por otros aspectos y no sólo por el físico.
- ___ 4. No, no me gusta arreglarme ya que pienso que no es muy importante, y cuando lo hago es por situaciones especiales y no precisamente para agradarle a las mujeres.
- ___ 5. Sin respuesta

8. ¿COMO SE ACERCA FISICAMENTE A LA PERSONA DEL SEXO OPUESTO?

- ___ 1. Yo trato de llamar la atención por medio de hacerme el encontradiso con la persona deseada e iniciar una conversación, para empezar a ganarme su confianza y así poder llegar a tener un acercamiento físico, como podría ser una caricia, un beso, un abrazo, etc.
- ___ 2. Yo trato de llamar la atención mejorando mi arreglo personal, iniciando una conversación y después tratar de tener contacto físico con la persona deseada.
- ___ 3. Rara vez trato de llamar la atención mejorando mi aspecto físico, yo tengo mi propia estrategia secreta para llegar a tener contacto con la persona deseada.
- ___ 4. No, no me interesa llamar la atención para acercarme al sexo femenino, ya que no me interesa ningún acercamiento físico con nadie.
- ___ 5. Sin respuesta

9. ¿ESTA USTED ENAMORADO?

- ___ 1. Sí, estoy muy enamorado, a diario trato de encontrar la manera de gustarle más a quien quiero, me baño, uso mi mejor ropa con el color que a ellas les agrada, me encuentro siempre de buen humor.
- ___ 2. Estoy enamorado, me arreglo lo mejor que puedo, uso mi mejor ropa y me siento feliz.
- ___ 3. Estoy enamorado, no me preocupa mi arreglo personal por que la mujer que me agrada me acepta tal como soy.
- ___ 4. No estoy enamorado y aún así me siento feliz, ya que no es necesario estarlo para serlo.
- ___ 5. Sin respuesta.

10. ¿TIENE USTED PAREJA?

1. Sí, actualmente estoy casado con ella, la quiero mucho y compartimos la misma habitación.
2. Sí tengo pareja y sólo mantengo relaciones de noviazgo, aunque he pensado en el matrimonio.
3. Sí tengo pareja, pero no es estable, la veo en ocasiones.
4. No tengo pareja ni me interesa tenerla.
5. Sin respuesta.

11. ¿DURANTE SU RELACION AMOROSA UTILIZA USTED LAS CARICIAS?

1. Sí, me gusta siempre acariciarle su cabeza, cara, espalda, manos y alguna parte del cuerpo.
2. Sí acaricio sus manos y parte de su cuerpo en ocasiones.
3. Casi no, sólo la tomo de la mano y en ocasiones la acaricio.
4. No, ya no me gusta, me parece cursi o innecesario.
5. Sin respuesta.

12. ¿UTILIZA USTED EL LENGUAJE VERBAL PARA TENER UNA MEJOR RELACION CON SU PAREJA?

1. Sí la utilizo, me gusta decirle a diario el amor que siento, lo que la quiero, lo que me gusta de ella y expresararle lo importante que es para mí, a través de declaraciones de amor, poesías o piropos.
2. Sí la utilizo, me gusta decirle que la quiero y platicar de lo bonito que es nuestra relación.
3. La utilizo con poca frecuencia, sólo le digo en ocasiones que me gusta.
4. No lo utilizo porque no me gusta y nunca lo he utilizado.
5. Sin respuesta.

13. ¿MANIFIESTA USTED SU SEXUALIDAD A TRAVES DE LA ESCRITURA?

1. Sí, yo escribo poesías eróticas, porque en ellas encuentro la mejor manera de expresar mis sentimientos y deseos a la persona que me agrada, además le mando recados cariñosos diariamente y escribo por todas las partes su nombre y cuanto la amo.
2. Escribo poesías eróticas varias veces por semana a la persona que amo, y en ocasiones le mando recados cariñosos.
3. Escribo en ocasiones poesías eróticas y las ofrezco a personas que me agradan.
4. No escribo, se me hace cursi y además no lo considero

- importante para expresar mis sentimientos.
 5. Sin respuesta.

14. ¿CONSIDERA USTED LA SEXUALIDAD COMO UN TABU?

1. Pienso que los aspectos de la sexualidad son parte de la vida cotidiana de cualquier persona y no considero tabú a la sexualidad.
 2. Yo no tengo tabús, siempre y cuando sea dentro del matrimonio.
 3. Sólo algunas ocasiones lo considero así.
 4. Todos los aspectos sexuales son tabús y prohibidos para mi forma de pensar.
 5. Sin respuesta.

15. ¿SE ABSTIENE USTED EN CUESTIONES SEXUALES?

1. No me abstengo, manejo mi sexualidad como mejor me conviene y siempre me es satisfactoria la manera en que me comporto.
 2. No me abstengo, manejo mi sexualidad de acuerdo a las condiciones que se me presentan tomando en cuenta las oportunidades que tenga.
 3. No me abstengo, manejo mi sexualidad algunas veces para satisfacer la necesidad en el momento.
 4. Me abstengo porque no me interesan las cuestiones sexuales y me parece de mal gusto hablar de ellas.
 5. Sin respuesta.

16. ¿TIENE USTED RECUERDOS EROTICOS?

1. Sí, constantemente recuerdo vivencias pasadas de mi intimidad, al observar parejas, revistas con escenas eróticas o si me hablan del tema en cuestión.
 2. Sí, cuando me encuentro con una persona del sexo opuesto y que es de mi agrado, recuerdo algunas experiencias sexuales que he tenido.
 3. Sí, en ocasiones recuerdo vivencias eróticas sin estímulo alguno.
 4. No lo considero necesario ya que me deprime pensar en esas cosas.
 5. Sin respuesta.

17. ¿SE MASTURBA USTED?

1. Sí me masturbo, porque en ello encuentro gran satisfacción, lo disfruto y lo practico frecuentemente, considerando que no es necesaria la relación de pareja.

- 2. Sí me masturbo, encuentro satisfacción, lo practico únicamente cuando mi deseo es grande.
- 3. Sí me masturbo, aunque no siempre me satisface.
- 4. No me masturbo, considero eso como algo sucio, vergonzoso y pecaminoso.
- 5. Sin respuesta.

18. ¿DESEA USTED TENER RELACIONES SEXUALES?

- 1. Sí, ya que el tener relaciones sexuales me produce gran satisfacción y me hace sentir bien.
- 2. Sí, en algunas ocasiones siento el deseo de tener relaciones.
- 3. Rara ocasión surge en mí el deseo de tener relaciones.
- 4. No, eso ya no me interesa sólo quiero descansar y dormir.
- 5. Sin respuesta.

19. ¿CON QUE FRECUENCIA TIENE USTED RELACIONES SEXUALES?

- 1. Varias veces a la semana con la persona amada.
- 2. Una vez a la semana con la persona amada.
- 3. Dos veces por mes con mi pareja.
- 4. No tengo relaciones, ni las considero necesarias.
- 5. Sin respuesta.

20. ¿USO O USA PRESERVATIVO O CONDON?

- 1. Sí, ya que es lo máximo, porque cuando lo uso puedo tener relaciones cuantas veces quiera, y me es muy cómodo.
- 2. Sí uso condón, porque es la manera de sentirme protegido y me genera más confianza.
- 3. En ocasiones lo he llegado a usar pero no es de total agrado.
- 4. El condón no sirve, ni lo considero necesario.
- 5. Sin respuesta.

APENDICE No. 2
 MODELO DE TARJETA SIMPLE

01	02	03	04	05	06
16	17	18	19	20	07
15	TARIJETA SIMPLE INVESTIGACION: MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN LOS ANCIANOS DE LA CASA HOGAR "ARTURO HUDEZ" EN MEXICO, D.F. NO. De Cuestionario.				
08	09	10	11	12	13
					132

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

APENDICE No. 3

MODELO DE TARJETA DE CONCENTRACION

01	1 2 3 4 5	17	1 2 3 4 5	18	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5	07	1 2 3 4 5
02	1 2 3 4 5	16	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5	14	1 2 3 4	13	1 2 3 4	12	1 2 3 4
03	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4	10	1 2 3 4	09	1 2 3 4	08	1 2 3 4 5	06	1 2 3 4 5
<p>TARJETA DE CONCENTRACION DE DATOS</p> <p>INVESTIGACION: MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN LOS ANCIANOS DE LA CASA HOGAR -----</p> <p>"ARTURO MURDET" EN MEXICO D.F. No. de Cuestionario _____</p>											
133											

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

7. GLOSARIO DE TERMINOS

A

ABSTINENCIA

Fenómeno producido por la cesación brusca de un excitante habitual. Privación voluntaria de la satisfacción de apetito.

AGRESIVIDAD

Componente de los seres vivientes que los impulsa a destruir a los demás. Es también una tendencia que se expresa por una conducta (real, simbólica o fantasiada) de hostilidad y ataque hacia el otro o hacia sí mismo. Para el psicoanálisis, está íntimamente ligada al desarrollo del sujeto y la sexualidad vinculada con el concepto de pulsión de muerte.

AFLICCIÓN

Causar tristeza o angustia moral. Sentir sufrimiento físico o pesadumbre moral.

AMPUTACION

Separación espontánea o traumática de un miembro, segmento o extremidad o parte saliente del cuerpo; más especialmente el seccionar un miembro, in

cluyendo el eje óseo para extirpar la parte distal a la sección.

APATIA

Falta de sentimiento o emoción; incapacidad o indiferencia afectiva.

APRENDIZAJE

Proceso por el que se adquiere la capacidad de responder adecuadamente a una situación mediante tanteos y errores.

ANGUSTIA

Estado afectivo de carácter displacentero, que suele acompañarse de ciertos síntomas somáticos (palpitaciones, disnea, palidez, sudoración, etc.) y que se produciría como respuesta a situaciones traumáticas de origen interno o externo, experimentadas por el individuo. Señal de angustia experimentada por el "yo" ante una situación que amenaza ser traumática y que le sirve para poner en marcha sus recursos defensivos.

ANSIEDAD

Sensación difusa de inseguridad e incertidumbre, generalmente adquirida a través de un proceso de aprendizaje

de generalización de estímulos.

ANTICUERPO

Glucoproteína producida en el organismo en respuesta directa a la introducción de un antígeno o un hapteno. Presenta las características de la inmunoglobulina; es capaz de combinarse específicamente con el antígeno correspondiente. Las reacciones antígeno-anticuerpo con in vivo puede conferir ciertos beneficios como la protección a enfermedades infecciosas, pero en otros casos pueden ser peligrosos.

C

CALCIFICACION

Proceso fisiológico que se produce en el curso de la osificación. Degeneración de un tejido orgánico por el depósito de sales caldegeneración calcárea.

CALVICIE

Color gris o blanco del pelo.

CARICIA

Demostración cariñosa que consiste en rozar suavemente con la mano el rostro de una persona, el cuerpo, etc.

CIFOSIS Curvatura anormal con prominencia dorsal de la columna vertebral.

COMPRESION Acción ejercida sobre un cuerpo por una fuerza exterior que tiende a disminuir el volúmen y aumentar su densidad. Presión ejercida por medio de la mano, de un vendaje o instrumentos con objeto terapéutico.

CONFUSION Falta de orden. Síndrome psiquiátrico de presentación aguda en general, que se caracteriza por obnubilación de la conciencia, desorientación temporospacial, perplejidad ansiosa.

D

DEGENERACION Alteración de los tejidos o elementos anatómicos, en cambios químicos de la sustancia constituyente y pérdida de los caracteres y funciones esenciales.

DEMENCIA Estado mental en el que por razones de naturaleza biológica (envejecimiento) o patológica (degeneración, enfermedad lesional, trastornos vasculares) se asiste a una pérdida de funciones

psíquicas (memoria, capacidad de juicio, adaptación al medio, lenguaje).

DEPRESION

Estado mental patológico caracterizado por pesimismo, sentimiento de culpa, fatigabilidad y ansiedad. Es una forma mitigada de la melancolía.

DESHIDRATACION

Estado patológico que reduce notablemente las pérdidas de agua y electrolitos.

DESMINERALIZACION

Eliminación excesiva de sales minerales, como las que se observa en ciertas enfermedades y estados caquéticos.

DESEO SEXUAL

Se caracteriza por la necesidad que se siente de satisfacer el impulso sexual por medio de experiencias sexuales.

E**ELASTICA**

Dícese del cuerpo que deformado por la acción de alguna fuerza puede recuperar más o menos completamente su figura y extensión después de cesar la acción de dicha fuerza.

- ENSERES** Muebles, instrumentos necesarios en una casa o para el ejercicio de una profesión.
- ERECCION** Capacidad de un órgano de enderezamiento. Como es el caso del pene o del clítoris, cuando en el curso de la estimulación sexual produce un aflujo de sangre a los cuerpos cavernosos de estos órganos.
- ERITEMA** Rubicundez congestiva o exudativa de la piel, localizada o difusa, que suele ser transitoria y representa la forma más común de la piel de reaccionar frente a irritantes internos o externos.
- ESCLEROSIS** Induración patológica de un tejido a raíz de una proliferación del estroma conjuntivo, y deterioro progresivo de sus células.
- ESCROTO** Piel que recubre los testículos, es fina y extensible, pigmentada, marcada por pliegues transversales e interrumpida por un surco medio longitudinal.

- nal. En el adulto tiene pelos con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas.
- ESTIMULO** Cambio de energía que actúa como agente excitador de algún órgano receptor.
- ESTRIAS** Prominencia anatómica que adopta la forma de ángulo o borde.
- EXCITACION** Se caracteriza por una vasodilatación general que es más notable en los órganos pélvicos y sobre todo en los órganos genitales.
- EXTASIS** Estado de contemplación fija, exaltación mental y disminución de gran parte de las funciones de relación.
- EYACULACION** Expulsión del semen por la uretra en el acto del coito.
- H**
- HOMEOSTASIS** Es el estado en el que el medio interno del organismo permanece relativamente constante.
- HOMUNCULO** Figura humana deformada que se utili-

za para la representación de áreas sen
soriales y motoras del cerebro.

I

IDIOSINCRACIA

Es el conjunto de disposiciones espe-
ciales de cada individuo que hace que
los agentes exteriores influyan en el,
de manera indiferente que en otras per-
sonas.

IMPULSO SEXUAL

Es la demanda para satisfacer el impul-
so sexual que impele a buscar la apro-
ximidad y el trato de personas del se-
xo contrario.

INSULINA

Hormona pancreática de naturaleza pro-
teica y acción hipoglucemiante, produ-
cida por las células de los islotes de
Langerhans y encargada de metabolizar
la glucosa.

INVOLUCION

Regresión de tejidos y órganos con atro-
fia y disminución del tamaño en el cur-
so de la senectud.

L

LENGUAJE

Comunicación entre seres vivientes me

dante gestos convencionales o símbolos escritos o hablados.

LIBIDO Instinto, apetito sexual. En psicoanálisis, energía psíquica, suma de total de las fuerzas instintivas que conducen a la búsqueda de placer.

LOBULO Porción más o menos saliente de una viscera, limitada por surcos y divisiones.

LONGEVOS Asignación que se les da a las personas de edad avanzada.

LORDOSIS Curvatura vertebral de convexidad anterior; es lo opuesto a la sifosis.

M

MASTURBACION Es la obtención del placer por medio de la excitación manual, o por medio de determinados objetos en los genitales y otras zonas erógenas.

MENOPAUSIA Cesación natural de la regla y período de la vida reproductiva de 45 a 55 años en que ocurre.

- MITO** Relato de tiempos fabulosos y eróticos
Tradición alegórica que tiene por base un hecho real, histórico y filosófico.
- O**
- ORGASMO** Grado más alto de excitación, sexual especialmente; crisis de eyaculación en el hombre y de relajación de la mujer como remate del coito.
- OSTEOPOROSIS** Formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación de sus conductos.
- P**
- PRESVIACUSIA** Disminución de la agudeza auditiva, común en los ancianos.
- PRESBICIA** Hipermetropía adquirida por pérdida del poder de acomodación debido a la edad.
- PRURITO** Sensación particular que invita a rascarse.
- S**
- SEGREGADOS** Sentimiento que se tiene al separar o

rechazar a alguna persona.

SEMEN

Líquido blanquecino espeso, secretado por los testículos y próstata, que contiene espermatozoides.

T**TABUS**

Prohibición de comer o tocar ciertas cosas impuestas por algunas religiones de Polinesia.

TESTOSTERONA

Hormona sexual masculina preparada por los testículos o sintéticamente.

U**URETRA**

Conducto membranoso de la vejiga urinaria hacia el exterior.

V**VIBRISAS**

Pelos de la entrada de las fosas nasales.

Z**ZOOFILIA**

Es la atracción o uso de animales como objeto sexual; también se le llama a la afición de posesión de animales sin relación con la satisfacción sexual.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVAREZ, Juan Luis. Elementos de Sexología. Ed. Interamericana, S.A. 1a. ed. México, 1981. 182 p.p.

ALVAREZ, Juan Luis. Sexoterapia Integral. Ed. El Manual Moderno. 2a. ed. México, 1986. 427 p.p.

ARDILA, Rubén. Psicología Fisiológica. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1987. 324 p.p.

AZCARRAGA, Gustavo. Sexología Básica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2a. ed. México, 1986. 318 p.p.

BALSEIRO, L. Carmen. Investigación en Enfermería. Ed. Librería Acuario. 1a. ed. México, 1991. 225 p.p.

BEE, Helen. El Desarrollo del Niño. Ed. Harla, S.A. 2a. ed. México, 1983. 359 p.p.

BIZE, René. Una Vida Nueva: La Tercera Edad. Ed. El Mensajero Bilbao. 2a. ed. España, 1973. 255 p.p.

BROCKLEHURST. Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología. Ed. Panamericana, S.A. s/ed. Argentina, 1975. 727 p.p.

CAGNON, John. Sexualidad y Conducta Social. Ed. Pax-México. 1a. ed. México, 1980. 629 p.p.

- CAPE, Ronald. Geriatría. Ed. Salvat, S.A. 1a. ed. Barcelona, España. 1982. 315 p.p.
- CARNEVALL, L. Doris. Tratado de Enfermería Geriátrica. Ed. In teramericana. 2a. ed. México, 1988. 755 p.p.
- COWDRY, Ed. El Cuidado del Paciente Geriátrico. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1a. ed. México, 1962. 401 p.p.
- CONAPO. Educación y Sexualidad. Vol. 4. Ed. CONAPO, 1a. ed. México, 1982. 371 p.p.
- CONAPO. Individuo y Sexualidad. Vol. 3. Ed. CONAPO. 1a. ed. México, 1982. 342 p.p.
- DE NICOLA, Pletro. Fundamentos de Gerontología y Geriatría. Ed. Jims, S.A. 1a. ed. España, 1979. 159 p.p.
- DE NICOLA, Pletro. Geriatría. Ed. Manual Moderno. 1a. ed. México, 1981. 304 p.p.
- DOVAL, M. Evaluación de la Salud en el Anciano. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1a. ed. México, 1984. 157 p.p.
- FISKE, Marjorie. Edad Madura. Ed. Harper Row Latinoamericana. 1a. ed. México, 1980. 128 p.p.
- FRIED, Bárbara. Para una Madurez sin Crisis. Ed. Aurora, S.A. 1a. ed. Buenos Aires, 1977. 115 p.p.

- GALLY, Esther. Sexualidad Humana y Planificación Familiar. Ed. Pax México, 1a. ed. México, 1981. 220 p.p.
- GERST, H. Psicología y Psicopatología del Envejecimiento. Ed. Paidós. 1a. ed. Buenos Aires, 1977. 149 p.p.
- HEATH, S. La Revolución Sexual. Ed. Gedisa, S.A. s/ed. México, 1984. 206 p.p.
- HERANT, K. Bases de la Sexualidad Humana. Ed. Continental, 4a. ed. México, 1985. 624 p.p.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD. Psicología de la Vejez. Ed. INSEN. México, s/f. 71 p.p.
- JONES, Bler. Sexualidad Humana. Ed. Pax-México, 3a. ed. México, 1986. 291 p.p.
- KAHN, Alice. Descubrimiento Reciente sobre Sexualidad. Ed. Grjalbos, S.A. s/ed. México, 1982. 258 p.p.
- KAHN, J. Sobre la Sexualidad. Ed. Lala. 3a. ed. Barcelona, 1978. 409 p.p.
- KASTENBAUM, R. Vejez Años de Plenitud. Ed. Harla, S.A. 1a. ed. México, 1987. 270 p.p.
- KASTENBAUM, R. Vejez. Ed. Harper. Row Latinoamericana. 1a. ed. México, 1980. 128 p.p.

- KOZIER, Bárbara. Enfermería Fundamental. Ed. Interamericana, S.A. 1a. ed. España, 1990. 1182 p.p.
- LANGARICA, Raquel. Gerontología y Geriatria. Ed. Interamericana, S.A. 1a. ed. México, 1986. 298 p.p.
- LOPEZ, Ibor. Biblioteca Básica de la Educación Sexual. Tomo 21 Ed. Universo México. 1a. ed. México, 1983. 120 p.p.
- LORRAINE, D. Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana. S.A. 1a. ed. México, 1986. 371 p.p.
- MASTERS, W. Respuesta Sexual Humana. Ed. Interamericana, S.A. 1a. ed. Argentina, 1976. 325 p.p.
- MCCARY, L. Sexualidad Humana de McCary. Ed. Manual Modernos/ed. México, 1988. 683 p.p.
- MORRIS, C. Psicología un Nuevo Enfoque. Ed. Hispanoamericana, S.A. 5a. ed. México, 1987. 603 p.p.
- OLDS, S. Enfermería Materno Infantil. Ed. Interamericana. S.A. 2a. ed. México, 1987. 1283 p.p.
- OMS. Enciclopedia Vida Sexual Sana. Tomo 1. Ed. Salvat, S.A. México, 1989. 100 p.p.
- OMS. Enciclopedia Vida Sexual Sana. Tomo 3. Ed. Salvat, S.A. México, 1989. 300 p.p.

- OPS. Hacia el Bienestar de los Ancianos. Ed. OPS. s/ed. México, 1985. 183 p.p.
- PERETTI, M. La Educación Sexual. Ed. Herder. 1a. ed. España, 1975. 381 p.p.
- PEREZ, J. Higiene Sexual. Tesis. México, 1988. 192 p.p.
- PERLADO, F. Geriatría. Ed. Científico Médica. 1a. ed. España, 1980. 314 p.p.
- REICH, B. Valores, Actitudes y Cambios de Conducta. Ed. Continental, S.A. 2a. ed. México, 1980. 360 p.p.
- REICHEL, W. Aspectos Clínicos del Envejecimiento. Ed. Ateneo, S.A. s/ed. Buenos Aires, 1978. 475 p.p.
- ROSSMAN, I. Geriatría Clínica. Ed. Salvat Editores, S.A. s/ed. Barcelona, 1974. 558 p.p.
- SAENZ, N. Acción Socioeducativa de la Tercera Edad. Ed. CEAC, S.A. 1a. ed. España, 1989. 156 p.p.
- SIECUS. Guía Sexual Moderna. Ed. Gedisa, S.A. s/ed. México, 1988, 207 p.p.
- STEINACH, E. Sexo y Vida. Ed. Lozada, S.A. 2a. ed. Argentina, 1946, 257 p.p.
- WOLTERECK, H. La Vejez Segunda Vida del Hombre. Ed. Fondo de

Cultura Económica, S.A. s/ed. México, 1962. 227 p.p.

ZIMBERG, N. Psicología Normal de la Vejez. Ed. Paidós, S.A. 1ª ed. Buenos Aires, s/f. 201 p.p.