



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Con amor hasta el final, taller de sexualidad para adultos mayores."

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Yessica De León Parada

Directora: Lic. **Irma Beatriz Frías Arroyo**

Dictaminadores: Lic. **Martha Rodríguez Cervantes**

Lic. **Yuma Yoaly Pérez Bautista**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“El éxito consiste en obtener lo que se desea. La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene.”

Ralph Waldo Emerson

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en un principio a mi *Alma máter*, la **Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)** y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), por permitirme ser parte de esta gran casa de estudios con la cual concluyo una etapa más de mi vida y sentirme orgullosa de decir “*Por mi raza hablará el espíritu.*”

A mis **Padres**, quienes siempre estuvieron apoyándome en todas mis decisiones, quienes siempre tenían las palabras perfectas para darme aliento y seguir adelante, a ellos, que sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme, A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos, ni aún con las riquezas más grandes del mundo, los amo.

A mi directora de tesis, la **Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo**, por el tiempo de dedicación, consejos, conocimiento, esfuerzo y sus palabras de aliento para concluir el proyecto y hacer que este sueño se hiciera realidad.

A mis asesoras, la **Lic. Martha Rodríguez Cervantes** y la **Lic. Yuma Yoaly Pérez Bautista** por todas sus correcciones, paciencia y dedicación para que este proyecto se cumpliera.

A mi mejor amigo **Daniel Armando Arredondo López**, por estar en los buenos y malos momentos durante todo este tiempo, quien siempre me escuchaba y tenía las palabras exactas junto con una sonrisa para no rendirme cuando sentía que ya no podía más y a su familia, por su buena vibra y quienes siempre han creído en mí.

A mis amigas y colegas, **Karen Avila Mora** y **Julie Casañas García** por permitirme formar una linda amistad, enseñarme nuevas cosas y por compartir lindos momentos.

A **las personas** que se han cruzado en mi camino y que con ellas he aprendido a tener otros punto de vista, a crecer como persona y a ampliar mis conocimientos, habilidades y juicios; conocer mis fortalezas y debilidades para ser más

fuerte y enfrentarme a la vida con valor y con ello tomar decisiones que me han permitido tener nuevas oportunidades.

Finalmente, puedo decir que este proyecto se lo dedico a todos ellos, gracias por formar parte de mi vida y como dijo Deep Chopra: *“Todo lo que está sucediendo en este momento es producto de las dediciones que he tomado en el pasado.”*

“La satisfacción radica en el esfuerzo, no en el logro. El esfuerzo total es la victoria total.”

Mahatma Gandhi

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1.VEJEZ	7
1.1 Conceptualización	7
1.2 Cambios en la vejez	9
1.2.1 Cambios físicos	10
1.2.2 Cambios sociales.....	13
1.2.3 Cambios psicológicos	13
1.3 Problemas de Salud en los Adultos Mayores.....	14
2.SEXUALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES	19
2.1 Definición de sexualidad	19
2.2 Sexualidad en el Adulto Mayor	21
2.3 Cambios fisiológicos.....	23
2.3.1 Cambios fisiológicos en hombres	23
2.3.2 Cambios fisiológicos en mujeres	24
2.4 Cambios psicológicos	25
2.5 Cambios sociales.....	27
2.6 Enfermedades que afectan la sexualidad de los adultos mayores	27
2.7 Fármacos que afectan la sexualidad de los adultos mayores	29
3.PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SUS MODELOS DE INTERVENCIÓN	33
3.1 Psicología de la Salud	33
3.1.1 Definición de Psicología de la Salud	34
3.1.2 Objetivos de la Psicología de la Salud	36
3.1.3 Niveles de prevención.....	38
3.1.4 Áreas de aplicación.....	39
3.2 Modelos Psicológicos	39
3.2.1 Modelo de Creencias de Salud (MCS).....	40
3.2.2 Teoría de la Acción Razonada (TAR)	43

3.2.3 Teoría de la Conducta Planeada (TAP)	44
3.2.4 Modelo de Autoeficacia.....	45
3.2.5 Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB)	47
3.2.5.1 Estudios basados en el Modelo IMB	50
4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES.....	59
4.1 Características de un programa efectivo	59
4.2 Estudios de sexualidad dirigidos a los adultos mayores.....	63
4.3 Planteamiento del problema	71
4.4 Metodología propuesta para que se lleva a cabo el taller	73
4.4.1 Participantes	73
4.4.2 Escenario	73
4.4.3 Materiales	73
4.4.4 Definición de variables e instrumentos	75
4.4.5 Variables de interés.....	76
4.4.6 Diseño.....	77
4.4.7 Procedimiento	77
4.4.8 Propuesta para el análisis de resultados	79
5. CONSIDERACIONES FINALES	80
REFERENCIAS	85
ANEXOS	
Anexo 1. Cartas descriptivas	
Anexo 2. Material del taller	
Anexo 3. Manual del facilitador	
Anexo 4. Manual del participante	

RESUMEN

La sexualidad en los adultos mayores es ignorada por la sociedad en general, por el personal de salud e incluso por los propios adultos mayores. Sin embargo, el interés por la actividad sexual es un elemento fundamental que garantiza una buena calidad de vida para los adultos mayores (Orihuela, Gómez y Fumero, 2001). Por ello, el presente trabajo tuvo como meta diseñar la propuesta de un taller de sexualidad dirigido a adultos mayores, cuyo objetivo fue brindar información a los adultos mayores sobre temas relacionados a su sexualidad (vejez, cambios en la vejez, sexualidad, erotismo, placer, intimidad y estrategias preventivas) con el fin de que estén motivados a aplicar dichos conocimientos y las habilidades conductuales en su vida cotidiana para que puedan continuar disfrutando de su sexualidad. El diseño del taller es un pre-test, post-test, con intervención de 7 sesiones de una hora y media cada una, en las cuales se verán plasmadas las características del modelo IMB de Fisher y Fisher (1992). Además, se diseñaron dos manuales para llevar a cabo el taller, el del facilitador que describe a detalle cada sesión y el del participante que contiene información básica de cada sesión, libros de consulta, páginas de internet, instituciones y teléfonos para ahondar más sobre cada uno de los temas revisados. Los participantes serán evaluados con tres instrumentos, *“Escala de conocimientos sobre sexualidad en la vejez”* que evaluará los conocimientos con los que cuentan los participantes al ingresar al taller y posteriormente permitirá detectar si hubo algún cambio después de la intervención en forma de taller psico-educativo. *“Inventario de actitudes hacia la sexualidad”* que evaluará las actitudes antes y después de la intervención del taller y *“Encuesta estudiantil sobre salud sexual”* para las habilidades conductuales que cuentan los participantes antes y después de la intervención.

INTRODUCCIÓN

Conforme a las proyecciones que estimó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residían en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2017), esto constituye un reto para la sociedad, ya que, se deben de mejorar la atención a la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2018). El envejecimiento presenta desafíos y oportunidades, por mencionar algunos, aumentará la demanda de atención primaria de salud y la atención a largo plazo, requerirá de una fuerza de trabajo más numerosa y mejor capacitada e intensificará la necesidad de que los entornos sean más amigables con las personas mayores (World Health Organization, WHO, 2018).

Para mejorar la atención hacia los adultos mayores, desde el área de la psicología de la salud se han propuesto diversas teorías y modelos que han intentado dar soluciones a problemáticas que presenta una población, entre los más destacados tenemos al Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1974); Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975); La Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985); Modelo de Auto-eficacia (Bandura, 1994), sin embargo, estos modelos solo se enfocan en sólo uno de los factores que influyen a la conducta, lo cognoscitivo, pero dejan de lado las habilidades conductuales que se deben de tomar en cuenta para la toma de decisiones (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001). Además, estos programas solo explican el problema, pero no proponen algún tipo de intervención que permita que el individuo realice conductas preventivas, es por ello, que en este trabajo se retomó el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) propuesto por Fisher y Fisher (1992) que ha demostrado ser efectivo en la intervención al incluir tres factores que son: información, motivación y habilidades conductuales (Jaworski y Carey, 2001; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002; Singh, 2003; Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth, 2004; Bazargan y West, 2006; Robles,

Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández, 2006; Bermúdez, Herencia y Uribe, 2009) que permiten diseñar programas de intervención.

Además de las tres variables consideradas por el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) , para que un programa de intervención sea efectivo, algunos autores como Kirby, Lori y Wilson(2007) y Noar (2007) han descrito las características que se deben tener para garantizar su eficacia, tomándolas en cuenta, se analizaron algunos programas de intervención en el área (Correa, Díaz y Bermedo, 2005; Seda, Colón y Argüelles, 2009; Boundent, 2010; Olivera y Bujardón, 2010; González, 2012; Matas, 2014/2015). Las deficiencias más comunes que se detectaron, fueron: que no explican bajo qué teoría se sustentan, no se realizó una prueba piloto que compruebe la eficacia del proyecto, no dan datos de propiedades psicométricas de los instrumentos que ayudan a la evaluación de los participantes evaluación del taller, muy pocos explican la duración de las sesiones, así como también el contenido de cada una de ellas, tampoco explican las características de la población hacia la que va dirigida y finalmente, solo se basan en brindar información.

Al revisar las teorías y modelos, así como las características antes mencionadas, este trabajo se enfoca en hacer una propuesta de un taller el cual tiene como objetivo brindar información verídica para que los adultos mayores estén motivados y se les brinden habilidades para que ellos puedan continuar disfrutando de su sexualidad. Por ello, este taller se diseñó bajo las características descritas por Kirby (2007) y Noar (2007). Una de ellas, es que se parta de un modelo teórico, que en este caso será desde el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992), que se plantee sesiones con temáticas en orden lógico, objetivos claros, por mencionar algunas.

Este taller está compuesto por siete sesiones de una hora y media cada una y contienen actividades que dotan de información, favorecen a la motivación y se les enseñan habilidades conductuales a los participantes. En la primera sesión se realizarán actividades lúdicas con la intención de propiciar la integración del grupo de participantes, también se pretende realizar la evaluación inicial para detectar qué nivel de conocimientos poseen.

Mientras que en la sesión dos, se tiene programado brindar información acerca de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan en la etapa de la vejez, para motivarlos, se realizarán actividades donde los participantes puedan expresar cómo han vivido estos cambios, así como también se anexará una cortometraje que ayudará a entender que los cambios en adultos mayores son parte del desarrollo humano y se les enseñará comportamientos para mejorar su autoestima de los participantes. Para la sesión tres se tiene planeado brindar información acerca de lo que implica el concepto de sexualidad, para motivarlos se realizarán actividades estilo debate para que los adultos mayores puedan expresarse y se le dotará de cómo tener una comunicación asertiva para que ellos como forma parte de su sexualidad y con estas habilidades pueda exigir sus derechos y pueda expresar lo que sientan, quiere y piensa. En la sesión cuatros se brindarán información acerca del condón masculino y femenino como un método de prevención de ITS y VIH/SIDA, para la motivación se realizarán actividades lúdicas como jugar con un memorama y en habilidades se les enseñará el uso correcto del condón. En la sesión cinco se estableció una visita a una tienda sex shop para que puedan conocer la gran variedad de artículos que venden en estas tiendas y estos puedan ser útiles para disfrutar con su vida sexual. La sesión seis se dará información de algunas enfermedades crónicas que afectan la intimidad de los adultos mayores, se les motivará mediante un juego de mitos y realidades y una mesa de expertos. La última sesión que es la siete, está conformada por la post-evaluación y que los participantes puedan expresar qué les pareció el taller.

Con la planeación de estas actividades estaremos concluyendo cada uno de los elementos que conforman el modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales de Fisher y Fisher (1992). Así mismo, como lo señala Kirby (2007) y Noar (2007) se diseñó el taller con base es un modelo teórico.

Por otra parte, el diseño experimental propuesto para el desarrollo del programa es un Pre-test/ Post-test con intervención, el cual evalúa las variables con los siguientes instrumentos: 1. *“Escala de conocimientos sobre sexualidad en la vejez”*, para evaluar los conocimientos 2. *“Inventario de actitudes hacia la sexualidad”*, para evaluar la motivación

y 3. “*Encuesta estudiantil sobre salud sexual*”, para evaluar las habilidades conductuales, los cuales se aplicarán al inicio del taller y se guardarán para compararlos con los resultados que se obtengan en el post-evaluación. Como esta es una prueba piloto, las personas que lleven a cabo este taller, deberán tomar nota de todos los inconvenientes que surjan a lo largo de las sesiones para tomarlas en cuenta para realizar las modificaciones pertinentes.

Mientras que para el análisis de resultados, se sugiere que para las variables que están en una escala de intervalo o razón, se utilice la “t de student”, y para las variables que estén en una escala nominal, se utilice “Chi cuadrada”.

Asimismo, para apoyar al instructor del taller, se diseñaron dos manuales; uno para el facilitador y uno para el participante. En el manual del facilitador se describe puntualmente las actividades que se deben de realizar en las sesiones, así como también al final de cada sesión hay una lista de artículos complementarios para las actividades informativas, página de internet y libros de texto con los cuales el facilitador puede hacer uso de ellos. El manual del participante incluye la información revisada durante cada una de las sesiones, así como también hay una lista de artículos con vocabulario sencillo, páginas de internet, teléfonos de instituciones y libros referentes a las temáticas abordadas, con el objetivo de que los adultos mayores busquen más información si es de su agrado y puedan tener información verídica de los temas.

Cabe mencionar que el tema de sexualidad en los adultos mayores es muy amplio, sin embargo, para diseñar este taller, se revisaron diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de tener un sustento teórico que permitiera ser la base de cada una de las sesiones, por tanto, este trabajo se dividió en cuatro capítulos y se describen a continuación.

El capítulo uno inicia con la definición de vejez tomando el punto de vista de diferentes autores. Se describen los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan en esta etapa, así como también los problemas de salud.

El capítulo dos inicia con la definición de sexualidad y se aborda de manera específica la sexualidad en los adultos mayores. Se describen los cambios que afectan la sexualidad de los adultos mayores, como son los fisiológicos en hombres y mujeres, cambios psicológicos, cambios sociales y enfermedades crónicas típicas de esta etapa de la vida.

Como el presente trabajo se diseñó tomando en cuenta lo que propone la psicología de la salud, por ello, en el capítulo tres se describen los aspectos relevantes de la psicología de la salud, como la definición, los objetivos y los niveles de prevención, posteriormente se describen los modelos psicológicos que se han propuesto en el área de la salud como el Modelo de Creencias de la Salud (MCS, Rosenstock, 1974); Teoría de la Acción Razonada (TAR, Fishbein y Ajzen, 1975); La Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985); Modelo de Auto-eficacia (Bandura, 1994) y el Modelos de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, Fisher y Fisher, 1992).

En el capítulo cuatro se consideró pertinente mostrar los criterios y características que debe poseer un programa de intervención efectivo en el área de la salud propuestos por Noar (2017) y Kirby (2007), debido a que el objetivo del presente trabajo fue el diseño de un programa de intervención. Con base en estos criterios, se analizaron algunos talleres que se han propuesto en intervenciones de sexualidad en los adultos mayores, una vez analizados estos, se prosiguió con el planteamiento del problema para finalizar con la metodología del taller “*Con amor hasta el final.*”

En el apartado de anexos se incluyen los instrumentos de evaluación que se pueden utilizar para evaluar a los participantes en las tres variables que proponen el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992), se exponen las cartas descriptivas de manera resumida así como los materiales que se utilizarán en el taller. En extenso se muestran a detalle los manuales diseñados para este taller: el manual del facilitador y el manual del participante.

1. VEJEZ

“Todo mundo quiere llegar a viejo, pero nadie quiere serlo”

Martin Held

El incremento de la longevidad en la población de países desarrollados y de México fue a finales del siglo XX y a la fecha constituye un hecho que requiere especial atención (Döring, 2007). Según el Consejo Nacional de Población (2005 citado en Döring, 2007), el porcentaje de población que alcanza o rebasa los 60 años de edad ha aumentado de manera constante en los últimos años. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.a citado en Osuna, 2005) para el año 2050, menciona que la población mundial, será de 9 billones de habitantes y el 16% serán personas mayores de 65 años. Por lo tanto, esto crea un reto de grandes dimensiones, en lo que concierne a políticas de seguridad social para la población (Osuna, 2005).

En este primer capítulo se abordará la conceptualización de la vejez, los principales cambios físicos, psicológicos y sociales y finalmente, los problemas de salud que presenta esta población.

1.1 Conceptualización

En las culturas de Grecia y Roma, la vejez era considerada como una desgracia para el ser humano. además de que era valorado como un privilegio el hecho de morir joven, como una forma de no tener que soportar el declive físico y las enfermedades asociadas a la edad avanzada (Sánchez, 2004). Sin embargo, se encuentran excepciones como Platón y Cicerón, en sus obras “*La República y De Senectute*” respectivamente, destacan a “la vejez” como referente de la experiencia recogida en las etapas de vida anteriores y de las facultades intelectuales de los ancianos (Rodríguez, 2011).

A finales del siglo XIX, la vejez fue caracterizada por la declinación, la debilidad y caducidad de las personas (Erikson, 1981). Mientras que para Hall (1880 citado en Erikson, 1981) consideró a la vejez como una etapa de desarrollo en donde las pasiones de la juventud y esfuerzos de toda una vida se fructificaron y consolidaron.

Mientras que Zetina (1999), definió a la vejez como un proceso que forma parte del ciclo de vida en el cual se ven afecciones a nivel demográfico, biológico, socioeconómico, familiar y psicológico. Así mismo, este autor menciona que hay diversas formas de llamar a las personas de edad avanzada, pero estas son muy peyorativas, como por ejemplo, viejo, anciano o senil. Por ello, Las Naciones Unidas y La Organización Mundial de la Salud (s.a) estableció que a los 60 años comienza la etapa de la vejez y se debe de utilizar el término de adulto mayor.

Marín (2003) menciona que la vejez se debe entender como una fase más del ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que los han rodeado.

Para Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009) conceptualizan a la vejez como una situación del ser humano, expresada a través de la edad, en la que se sitúa una serie de cambios psicosociales y físicos. Estos cambios son también relativos a las características en que la situación se presenta a nivel personal, en función de la cultura y de las especificaciones orgánicas.

Para Costa (2010 citado en Rodríguez, 2011) la vejez es una etapa de la vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer la muerte, los agentes agresivos y las enfermedades; la demostración de fortaleza en relación con otros más jóvenes quienes fallecieron y quedaron en el camino.

Cárdenas y López (2011) conceptualizan a la vejez como período de retos adaptativos dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social. Las condiciones a las que se suman, las limitaciones en el acceso a los servicios sociales y de salud y a la conjunción de estos factores llevan a que una alta proporción de la población vieja se encuentre en situación de discapacidad y pobreza.

Mientras que la OMS (2015) define a la vejez desde un punto de vista biológico, como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.

Por ello, para este trabajo se retomará la definición de Cárdenas y López (2011) al definir a la vejez como un período de retos adaptativos, dificultades para el desarrollo de actividades diarias, restricciones de la participación social, limitaciones a servicios sociales y de salud, lo que llevan a una situación de discapacidad y pobreza.

1.2 Cambios en la vejez

Ahora bien, en la vejez se produce un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Se desconoce el motivo por el que las personas experimentan cambios a medida que envejecen, pero algunos investigadores creen que se produce por un proceso acumulativo de interacciones entre las distintas influencias (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las enfermedades previas y muchos otros factores) a lo largo de la vida (Corujo y Guzmán, 2007). Algunos de los cambios que presentan los adultos mayores son físicos, sociales y psicológicos, estos se exponen en los siguientes apartados.

1.2.1 Cambios físicos

Los cambios físicos corresponden a etapas en el proceso de envejecimiento biológico, el cual es diferencial, es decir, ocurre a ritmos distintos en diferentes órganos y funciones; es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es, a la vez, estructural y funcional (Gutiérrez, 1999).

Algunos cambios físicos que se pueden ver a simple vista en las personas mayores son: la piel tiende a volverse más pálida y manchada; toma una textura apergaminada, pierde elasticidad y cuelga en pliegues y arrugas, el cabello se vuelve blanco y más delgado, y en ocasiones brota en nuevos lugares como en la barbilla de las mujeres o en los oídos de los hombres, la estatura de las personas puede disminuir conforme se atrofian los discos entre sus vértebras, y pueden parecer incluso más pequeñas debido a una postura encorvada. En algunas mujeres el adelgazamiento de los huesos puede provocar un “joroba de viuda” en la parte trasera del cuello y hay un cambios en la silueta y el peso debido a la reducción de la masa muscular (Papalia, 2009).

Otros de los cambios físicos que presentan los adultos mayores, es la declinación de las habilidades sensorio-motoras. Marín (2003) realiza una clasificación de la declinación de estas habilidades y aparatos que conforman al cuerpo.

1. *Órganos de los sentidos*

Estos favorecen la deprivación sensorial y suponen riesgo de sufrir situaciones de invalidez.

- a) *Vista*: Alteraciones en retina, disminuye la agudeza visual, presbicia (vista cansada), aparición de cataratas.
- b) *Oído*: Disminuye la función de células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de audición) y alteraciones de equilibrio.

- c) *Gusto y olfato*: Disminuye el número y funcionalidad de papilas gustativas y de las células sensoriales olfativas. Así como también, la producción de saliva disminuye, lo cual condiciona una menor satisfacción de comida.
- d) *Tacto*: Disminuye la agudeza táctil y sensibilidad a la temperatura.

2. *Sistema Nervioso*

Hay una pérdida neuronal, disminuye: el riego sanguíneo, el número de conexiones, de neurotransmisores, mecanismos de control de sed, temperatura, regulación automática, ante lo cual hace susceptible a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha y aparición de temblores o tics.

3. *Sistema Cardiovascular*

Disminución de: células miocárdicas, actividad del marcapaso, reserva cardíaca y respuesta de situaciones de estrés y frecuencia cardíaca.

4. *Aparato respiratorio*

Disminución de: La elasticidad de la pared torácica debido a la calcificación de cartílagos, se atrofian los músculos respiratorios, disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones y las personas tienen mayor propensión a infecciones y mecanismos de la tos es menos efectiva.

5. *Aparato digestivo*

A nivel bucal, disminución de producción de saliva, masticación deficiente, disminución en movimientos de propulsión, lo cual provoca un enlentecimiento del tránsito digestivo y como consecuencia la aparición de estreñimiento.

6. *Aparato genito-urinario*

Disminuye el peso y volumen de riñones, la capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuido, junto al tono muscular y esfínteres de salida. Hay un aumento del tamaño en la próstata y debilidad muscular del periné, alteraciones como la incontinencia, retención urinaria e infecciones.

Disminución de hormonas sexuales:

- Mujeres: Disminuye vello púbico, aumento de flacidez en senos, se estrecha y acorta la vagina, disminuye el tamaño de vulva y clítoris y la mucosa vaginal se atrofia.
- Hombres: disminuye el tamaño del pene y testículos. En algunos casos, esto puede generar problemas en la próstata y/o disminuye el deseo sexual.

7. *Sistema endocrino*

Disminución de la producción de diferentes hormonas y menor respuesta a su acción (estrógenos en mujeres y testosterona en hombres), esto traerán complicaciones, de acuerdo a las hormonas que disminuyen.

Lo mencionado anteriormente, se puede ejemplificar con un estudio realizado por Durán, Valderrama, Uribe y Uribe (2008), con el objetivo de identificar la relación entre las variables de habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil. Los resultados indicaron que los adultos mayores presentan dificultad para realizar actividades a medida que avanzan dentro de este periodo (la vejez) así como también la integración social y la satisfacción con la misma difieren según el estado civil. En relación a la edad, se pudo observar que las habilidades funcionales van disminuyendo a medida que avanza la edad, debido principalmente a la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales, que impiden o limitan la realización de diversas actividades cotidianas como vestirse, bañarse y utilizar los servicios sanitarios.

Como se mencionó anteriormente, estos cambios que se presentan en la vejez van a depender de cada organismo, algunos se pueden presentar primero y después otros o aparecen unos cuantos y otros no. Esto no es una regla por la cual los adultos mayores deban cumplir. Los siguientes cambios que caracterizan a los adultos mayores son los

sociales que afectan al área social de la persona y los psicológicos que tienen que ver con el área cognoscitiva. Ambos cambios se mencionan en los siguientes apartados.

1.2.2 Cambios sociales

Los cambios sociales están relacionados con la interacción entre las personas. En primer lugar, uno de los cambios sociales son las pérdidas que se dan a estas edades (cónyuge, amigos, familiares, etc.), lo que contribuyen al aislamiento social del mayor (Marín, 2003). En segundo lugar, se dan cambios en el ámbito familiar, ya que las familias se vuelven amplias, compuestas por padres e hijos, donde todos tienden a trabajar, y cuando el abuelo se incorpora a ello, lo hace como un intruso, teniendo como resultado el ciclo de dependencia/independencia, lo cual afecta a muchos individuos de edad avanzada (Castanedo y Sarabia, s.a; Gutiérrez, 1999). Lo anterior, se ve reflejado en Porter, Vandervoort y Lexell (1995) al mencionar que el anciano en la comunidad pasó de ser una persona respetada e influyente a ser una población de “ carga” para la sociedad. Como tercer lugar, es el rol del abuelo, donde los adultos mayores juegan un papel de asistencia, ayuda y aliento para los padres, pero que esto a su vez puede ser perjudicial, ya que quita el valor de los padres para los niños (Aragó, s.a). Finalmente, otro aspecto, es la pérdida de trabajo - jubilación, entendiéndose como el cese de un trabajo remunerado, ante el cual los adultos mayores cesan una cotidianeidad y por ende se sienten inactivos (Aragó, s.a).

1.2.3 Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiestan como de la persona que puede evaluarlos. En general, las personas mayores presentan un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas. Dentro de las capacidades cognitivas se puede encontrar (Castanedo y Sarabia, s.a):

1. *Procesado de la información*: Existe un enlentecimiento para ejecutar una respuesta, esto se puede deber a los estados de ánimos negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas, lo que incrementa la ansiedad.
2. *Inteligencia*: Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque existe un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Esto puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés o dificultades en la concentración.
3. *Memoria*: Se empiezan a mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes, por ejemplo, olvidos cotidianos.
4. *Lenguaje*: La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma no se altera y el proceso comunicativo puede ser enlentecido.
5. *Afectividad emocional*: La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). la efectividad de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas

Otros de los cambios que presentan los adultos mayores, son algunos problemas de salud que se generan de forma genética, mala alimentación en otras etapas de la vida o por desgaste del organismo. Algunos problemas que llegan a tener los adultos mayores se describen a continuación.

1.3 Problemas de Salud en los Adultos Mayores

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2018).

El concepto de salud en la vejez, implica una buena salud física y mental, la capacidad para ejecutar las actividades normales cotidianas y los recursos sociales, económicos y ambientales necesarios para mantener a las personas mayores con estilos de vida independientes (Ramos et al., 2009). Además, en esta etapa se presentan una acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un

descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2015).

Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo (OMS, 2015).

Segal (1996 citado en Matellanes, Montero, Montero y Díaz, 2010) enumera aquellas enfermedades cuya aparición está ligada al proceso de envejecimiento o bien que han aparecido en etapas anteriores de la vida, las cuales se unen a dicho proceso complicando o incidiendo en la gravedad de otros trastornos (Véase tabla 1).

Tabla 1.

Trastornos de Salud que presentan los Adultos Mayores.

Obesidad		
Enfermedades esqueléticas y de las articulaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno degenerativo de las articulaciones. • Polialgia reumatoide. • Artritis reumatoide. • Gota. • Dolor de espalda crónico. • Osteoporosis. • Caídas. 	
Enfermedades vasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión. • Trastorno congestivo del corazón. • Trastorno vascular (arterial) periférico. <p>Trastorno cerebrovascular secundario.</p>	
Trastornos de los sentidos corporales	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la visión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Degeneración macular senil asociada a la edad.

		<ul style="list-style-type: none"> • Cataratas. • Glaucoma. • Presbiopia (imposibilidad de ver con claridad los objetos próximos debido a la rigidez del cristalino).
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos auditivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinnitus (percibir sonidos o golpes sin procedencia externa). • Deterioro neurosensorial de la audición.
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos olfagustativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinusitis crónica
Enfermedades pulmonares		<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno pulmonar obstructivo crónico • Asma • Silicosis • Asbetosis • Neumonía • Tuberculosis • Neumonía asociada al VIH
Trastornos genitourinarios	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Por estrés • Impulsiva • Por hiperflexia de la vejiga y deterioro de la contractibilidad • Funcional
Trastornos neoplásicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de próstata 	

Enfermedades endocrinas	• Diabetes mellitus (Tipo I o II)	
	• Trastornos tiroideos	• Hipotiroidismo • Cáncer de tiroides
Dolor Crónico		

Fuente: El envejecimiento desde el punto de vista biológico en Matallanes et al., 2010.

En apoyo a lo anterior, Morales, Rosas, Yarce, Paredes, Rosero y Hidalgo (2016) quienes realizaron un estudio de carácter cuantitativo, de nivel descriptivo, de corte transversal, analítico, con una población de 426 adultos mayores con una de edad de 60 años o más de la zona urbana de San Juan de Pasto (Colombia). Con el objetivo de determinar las características multidimensionales más relevantes en un grupo representativo de los adultos mayores de la ciudad San Juan de Pasto. Los resultados obtenidos fueron que los adultos mayores de forma más frecuente presentan entre tres y cuatro enfermedades en el mismo individuo, 70.2% presentaba al menos tres enfermedades. Los mayores de 80 años presentan 4.4 enfermedades en promedio, lo cual es alto si no se pierde de vista que son ancianos ambulatorios. Dentro de las enfermedades más comunes que presentan los adultos mayores, son: Hipertensión arterial, Insuficiencia venosa, Dislipidemias, Infecciones del tracto urinario, Enfermedades musculo-esqueléticas (Polimialgia reumática, Osteoporosis y Artrosis), Enfermedades articulares, Diabetes, Deterioro cognitivo, Depresión y Discapacidad.

Así mismo, Menéndez, Guevara, Arcia, León, Marín y Alfonso (2005) realizaron un estudio descriptivo en ciudades de América latina y el Caribe (Bridgetown Barbados, Buenos Aires Argentina, La Habana Cuba, México D.F, Montevideo Uruguay, Santiago Chile y Sao Paulo Brasil) con el objetivo de identificar la relación entre determinantes enfermedades crónicas y presencia de discapacidad en personas de 60 años. Los resultados obtenidos fueron una población mayoritaria de mujeres, además vivían acompañadas y las enfermedades que más padece la población de las siete ciudades son: Deterioro cognoscitivo, están deprimidas, Índice de masa corporal elevado, Hipertensión, Artrosis y Cardiopatía, lo cual esto se correlaciona con la dificultad para realizar sus actividades

diarias. Además, se encontró que la población de adultos mayores muestran signos de deterioro cognoscitivo, manifiestan sentirse deprimidos, su índice de masa corporal es elevado, hay una dificultad para realizar actividades instrumentadas y hay una relación entre la depresión y la discapacidad para poder realizar sus actividades.

Además, otros problemas de salud que llegan a presentar los adultos mayores, son las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Se ha observado que las personas de 50 y más años hablan menos de sexualidad y de sus conductas y por ende pueden tener menor conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y que los síntomas pueden confundirse con otras situaciones de salud o con cambios atribuibles al envejecimiento fisiológico (Stuardo y Gajardo, 2016).

Algunas de las enfermedades que más se presentan los adultos mayores son, gonorrea y sífilis y cada vez un mayor número de personas mayores contagiadas con el virus del VIH-SIDA. Esta situación genera una doble discriminación, primero por ser mayores y después por padecer enfermedades que generalmente se atribuyen a la población joven y socialmente son muy mal vistas. Por ello, uno de los grandes problemas es que la difusión para la prevención de ITS y VIH-SIDA está diseñada para jóvenes, donde no están incluidas las personas de la tercera edad, seguramente ante este cambio social de envejecimiento, se tendrá que modificar y ampliar la publicidad a todas las edades. Ya que el desconocimiento y la ignorancia en los adultos mayores hace que no utilicen condón o tomen precauciones para no infectarse por alguna enfermedad venérea o simplemente consideran que a ellos no les puede pasar nada por la edad (Martí, 2016).

Además de los cambios y enfermedades que se presentan en la vejez, los adultos mayores, también presentan cambios en su sexualidad. Sin embargo, esto no se consideran debido a la falta de información, creencias erróneas, entre otras cosas. En el siguiente apartado se explicará de forma detallada este tema.

2. SEXUALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES

“La belleza se arruga, lo hermoso solo se añeja”

The Old Gypsy

La sexualidad humana es considerada una dimensión de la personalidad vista desde la concepción por las mismas características biopsicosociales y espirituales de la persona. Nace y evoluciona con ella y se expresa en la relación de la persona consigo misma y en la convivencia con las otras personas a través de los vínculos emocionales, del papel sexual, de la respuesta sexual, del erotismo y de la reproducción (Carballo, 2002).

Para este segundo capítulo, se comenzará con algunas definiciones de sexualidad, seguido de ello se hablará específicamente de la sexualidad en los adultos mayores. Aunado a esto se explicará los cambios fisiológicos que presentan tanto mujeres y hombres de la tercera edad, seguidos de los cambios psicológicos y sociales que afectan a la sexualidad de los adultos mayores, así como también algunas enfermedades y la ingesta de fármacos.

2.1 Definición de sexualidad

La sexualidad es una de las necesidades básicas de la persona, está queda enmarcada dentro de una relación de pareja o amistad. Pero en la conducta sexual existen muchas diferencias individuales en las que influyen factores bio-psico-sociales.

A lo largo de la historia, la sexualidad ha tenido como fin único la reproducción, siendo reducida a los genitales (Foucault, 2005), negando socialmente la posibilidad de vivir el amor y de ejercerla (Cedeño, Cortés y Vergara, 2006 citado en Cerquera, Galvis y Cala, 2012).

Sin embargo, Abad (s.a), menciona que la sexualidad es considerada como una fuente de placer, el modo íntimo de cómo el ser humano se relaciona con su ser y con el otro. Además, no es un fenómeno exclusivamente biológico y no puede quedar reducida a la esfera de la genitalidad, así como tampoco es un hecho exclusivamente individual, si no, es un modo de vivirse, verse y sentirse como persona sexuada, donde se ejercen valores, tales como placer, respeto, confianza, comunicación, igualdad y diversidad.

Mientras tanto, Master y Johnson (1992, citado en Hernando, 2005) define la sexualidad como una función y fusión de todo lo que afecta completamente al hombre y a la mujer de cualquier edad. Es la persona/personalidad entera la que participa en una relación con otro individuo e incluso consigo mismo en la búsqueda de la satisfacción y el placer y no solo exclusivamente a través de los genitales.

Para la OMS (2006) la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Kalra, Subramanyam y Pinto (2011) y Barros (2009 citado en Cerquera et al., 2012) definen a la sexualidad como una expresión afectiva, en la que involucran sentimientos, atracción hacia la persona, pasión, admiración y lealtad. Así como también una manera de renovar el romance, expresar la alegría, el amor y una oportunidad continúan para el crecimiento y la experiencia.

Finalmente, Quevedo (2013) hace referencia a la sexualidad como un aspecto en la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace y

muere con la persona e involucra aspectos físicos, emocionales y sociales. Además, se relaciona con la forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y, como fue mencionado anteriormente, de relación consigo mismo y con los demás; el desarrollo sexual comienza antes del nacimiento y como tal permanece a lo largo de la vida hasta la vejez.

Por ello, para este trabajo se utilizará la definición de la OMS (2006) al definir a la sexualidad como un aspecto del ser humano en el que implica el sexo, las identidades, los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, que se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Por otra parte, la sexualidad en la vejez se puede ver disminuida debido al gran desconocimiento y la desinformación que existe sobre el envejecimiento en general y la sexualidad en particular. Así como también, es imprescindible que tanto los mayores como la sociedad en general, reciban la formación adecuada que les permita romper con los prejuicios y tabúes que giran en torno a este aspecto y les permita un pleno disfrute de la sexualidad en todas y cada una de las etapas de la vida, incluyendo la vejez (Rodríguez, 2008). En el siguiente apartado se desglosa lo que pasa con la sexualidad de los adultos mayores.

2.2 Sexualidad en el Adulto Mayor

La sexualidad en la vejez se define como la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, durante toda la existencia, en una relación de confianza, amor, compartir, placer con o sin coito y la seguridad de sentirse querido (Llanes, 2013).

La sexualidad en los adultos mayores es maltratada, poco conocida y menos entendida por la sociedad, por los propios ancianos y por los profesionales de la salud a los que acuden las personas de edad avanzada con problemas y dudas al respecto (Herrera,

2003; Alonso, Martínez, Díaz y Calvo, 2004; González, Núñez, Hernández y Betancourt 2005; Orozco y Rodríguez, 2006). Debido al desconocimiento y a la presión social, numerosas personas de edad avanzada experimentan un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza ante su deseo sexual, incluso llegan a creerse anormales (Camino, 1995 citado en Alonso et al., 2004).

Además, la sexualidad de los adultos mayores está condicionada por influencias sociales relacionadas con las creencias religiosas, la educación recibida y por la actitud de las otras personas (familia, amigos, compañeros) hacia este aspecto (Hernando, 2005). Pero, en realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aun cuando sea alterado por los cambios propios del envejecimiento (Tagle, Cortés y Vergara, 2006).

Se han identificado tres errores concretos y varias falsas creencias acerca de la sexualidad en el adulto mayor. Entre los errores se mencionan: 1) la concepción de sexualidad se ve reducida a la genitalidad, 2) el hecho de pensar la sexualidad en la vejez con base cómo lo viven en la juventud, y 3) simplificar la sexualidad a la erección masculina la cual funge también como símbolo de poder. Por otro lado, entre las falsas creencias con respecto a la sexualidad en la vejez, son: a) las personas mayores no tienen capacidad para tener conductas coitales, b) las personas mayores no tienen interés sexual, c) las personas mayores que se interesan por su sexualidad son inmaduras, d) los hombres mayores si tienen intereses sexuales, las mujeres no, e) las mujeres que se interesan por su sexualidad son ninfómanas, f) las desviaciones sexuales son más frecuentes en la vejez, g) la actividad sexual desgasta y envejece, h) la actividad sexual es mala para la salud, i) la masturbación es una conducta desviada, j) después de la menopausia la satisfacción sexual disminuye, k) las personas mayores enfermas no deben tener actividad sexual y l) las personas mayores no son atractivas sexualmente para los demás (Orozco y Rodríguez, 2006; López, 2007 y Fouilloux, 2007 citados en Montes, 2011). Para reforzar lo anterior, La Organización Mundial de la Salud (s.a citado en González et al., 2005) recalca que más del 22 % de los adultos mayores en el mundo, presentan problemas con la sexualidad, en donde los prejuicios, la falta de información y la cultura forman parte de ella.

Aunado a estos prejuicios sociales hacia la sexualidad en lo adultos mayores, existen una acumulación de cambios a nivel fisiológicos, psicológicos, sociales, enfermedades e ingestión de medicamentos y de alcohol que afectan directamente a la sexualidad de los adultos mayores. Los cuales se describen en los siguientes apartados.

2.3 Cambios fisiológicos

Los cambios fisiológicos que son propios del envejecimiento influyen en una positiva adaptación sexual del adulto mayor. Existen una serie de cambios fisiológicos tanto en hombres como es mujeres que ocurren con la edad (Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010). En el siguiente apartado se describen.

2.3.1 Cambios fisiológicos en hombres

Los cambios en el comportamiento sexual, durante el proceso de envejecimiento, son más numerosos en el hombre que en la mujer, pero se producen de forma más gradual (Morris, 2000). Algunos de los cambios fisiológicos que presentan los hombres (Master y Johnson, 1987 citado en Cornachione, 2016; Morris, 2000; Trudel, Turgeon y Piche, 2000; Alonso et al., 2004; Hernando, 2005; Esguerra, 2007; Wong et al., 2010; Nieva, Velasco, Andrade, Rodríguez, González y Mendoza, 2010; Llanes, 2013) son:

- ✓ Pérdida de vello púbico.
- ✓ Disminución de Testosterona.
- ✓ Reducción del tamaño de los testículos y estos no descienden rápido.
- ✓ La erección es más lenta y menos completa (puede tardar hasta 10 minutos).
- ✓ Menor turgencia del pene erecto.
- ✓ Disminución y menos poderosa la eyaculación.
- ✓ Menor necesidad física de eyacular.
- ✓ Menor número e intensidad de las contracciones orgásmicas.

- ✓ Disminución de cantidad de espermatozoides.
- ✓ La bolsa escrotal está distendida y su superficie es lisa.
- ✓ Aumenta el periodo refractario tras el orgasmo.

Además, de estos cambios fisiológicos se presenta los hombres, hay una alteración en su ciclo sexual, tales como (Herrera, 2003; Prieto, 2006):

- ◆ *Fase de excitación:* El adulto mayor necesita más minutos para lograr la erección y esta es menos firme, además, se reduce la respuesta visual y táctil.
- ◆ *Fase de plateau o meseta:* Es más larga por disminución de la fuerza del músculo cremáster con disminución de la elevación testicular.
- ◆ *Fase de orgasmo:* Es más corta y con un menor volumen de líquido seminal.
- ◆ *Fase de resolución:* La pérdida del volumen peneano es más rápida y el período refractario está alargado.

Ahora que enumeramos los cambios fisiológicos en el hombre, a continuación se describirán los cambios fisiológicos de las mujeres.

2.3.2 Cambios fisiológicos en mujeres

Algunos de los cambios fisiológicos que presentan las mujeres de edad avanzada (Master y Johnson, 1987 citado en Cornachione, 2016; Morris, 2000; Trudel et al., 2000; Alonso et al., 2004; Hernando, 2005; Esguerra, 2007; Wong et al., 2010; Nieva et al., 2010; Llanes, 2013) son:

- ✓ Pérdida y fragilidad de vello púbico.
- ✓ Disminución de estrógenos.
- ✓ Reducción de la inervación del cuello uterino.
- ✓ Reducción del tamaño del útero.
- ✓ Atrofia de la vulva.

- ✓ Disminución del tamaño de la vagina.
- ✓ Reducción de la lubricación.
- ✓ Aumento de PH.
- ✓ Reducción de la flexibilidad y forma de los senos.
- ✓ Disminución, lentitud y erección del clítoris.
- ✓ Los labios mayores no se elevan, ni se separan.
- ✓ Reducción del número de contracciones vaginales durante el orgasmo.

Así mismo, hay alteración en su ciclo sexual de las mujeres, tales como (Herrera, 2003; Prieto, 2006):

- ◆ *Fase de excitación:* La fase de expansión y lubricación de la vagina es más alargada.
- ◆ *Fase de plateau o meseta:* La elevación del útero está disminuida; la duración y la intensidad a la estimulación sexual para lograr un orgasmo está aumentada.
- ◆ *Fase de orgasmo:* Las contracciones musculares para el orgasmo existen pero disminuidas en número e intensidad, pudiendo haber contracciones dolorosas.
- ◆ *Fase de resolución:* Es más alargada que en las jóvenes y presentan una reducción de la capacidad de multi-orgasmo.

2.4 Cambios psicológicos

La actividad sexual del adulto mayor puede estar influida por un grupo de factores psicológicos y sociales. Si bien, los adultos mayores tienden a prestar más atención a estos factores que a su propia sexualidad dejándola de lado o incluso desaparecerla. López (2012) y el Instituto Valenciano de Psicología Sanitaria (2015) enlistan algunos de los factores psicológicos que afectan la sexualidad de los adultos mayores, estos son:

- **Envejecimiento de la figura corporal:** Sobre todo esto ocurre con las mujeres, pues estas piensan que la atracción y el enamoramiento que producirán sobre sus compañeros será menor o incluso desaparecerá.
- **Cambios en la autoimagen:** Hace referencia a la idea que se tiene de uno mismo y el autoestima es la valoración que se hace de esta en todas y cada una de sus dimensiones, como son: pensamientos, sentimientos, comportamientos, actitudes, cuidado personal, relaciones de amistad, por mencionar algunas (Núñez, Leal, 2001, citado en Callís, 2011).
- **Cambio en la autoestima:** Según la manera en que el adulto mayor se perciba a sí mismo será su conducta y decisiones respecto a sí mismo y con los otros (Alcalde, Marcheta y García, 2007).
- **Envejecimiento y cambios sociales:**
 1. *Jubilación laboral:* Se pierde el contacto con compañeros de trabajo. Además se produce un cambio de estatus económico y social.
 2. *Reorganización de la vida social:* Se buscan nuevas actividades con las que llenar su tiempo tras la jubilación. Nuevas actividades culturales y voluntariados.
 3. *Reestructuración de las relaciones:* Comienzan a pasar mucho más tiempo con su pareja. Deben adaptarse a la nueva convivencia.
 4. *Posibles cambios de residencia:* Se trata de mantener al anciano el mayor tiempo posible en su domicilio, siempre y cuando mantenga un nivel de salud adecuado. Cuando esto no se cumple, se cambia de residencia, ya sea a casa de hijos o un centro de mayores.
 5. *Cambios dentro del núcleo familiar:* Llegada de los nietos. En muchos casos crían a sus nietos y pasan mucho tiempo con ellos, con lo que a veces carecen de intimidad.
 6. *Balance de la vida:* Es a partir de los 60 años cuando los individuos analizan su éxito en diferentes aspectos de la vida: salud, trabajo, economía, relaciones sociales, familia, relaciones sexuales y amorosas. El éxito de este análisis influye mucho en su bienestar.

2.5 Cambios sociales

Por otra parte, Leyva (2008) y Santos (2010) refieren los factores sociales, tales como:

- **Falta de pareja:** Responsable principal de la abstinencia sexual. Se acepta con mayor frecuencia que un viudo rehaga su vida, pero en el caso de las mujeres es diferente la aceptación social.
- **Monotonía de la relación sexual y deterioro del matrimonio:** Tras muchos años de relación es normal.
- **Condiciones domésticas:** Es más difícil mantener la intimidad de los ancianos cuando en un mismo hogar conviven varias generaciones.
- **La no adaptación a la jubilación:** Provoca estados de depresión.
- **Religiones que no aceptan el sexo sin función reproductora.**
- **Miedo de no poder llevar a cabo una relación sexual completa.**
- **Consumo de tabaco y alcohol:** Trae consigo trastornos de la erección y disminución de deseo sexual inhibido.

Además de los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan la sexualidad de los adultos mayores, se puede ver que también lo son la presencia de algunas enfermedades. Estas se desglosan en el siguiente apartado.

2.6 Enfermedades que afectan la sexualidad de los adultos mayores

Una mala salud trae consigo también una alteración de la respuesta sexual. Por esto es importante estudiar los efectos que producen las enfermedades y los fármacos en el organismo (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2002; Herrera, 2003; Prieto, 2006). Algunas de ellas se enlistan a continuación:

- *Patología cardiovascular:* La probabilidad de que vuelva a suceder un accidente cardiovascular durante el coito es muy reducida, por lo que no se deben eliminar las relaciones, sino ajustarlas a los límites que el paciente soporte.
- *Hipertensión:* Incide en la impotencia del varón. Los fármacos antihipertensivos aumentan esta impotencia, se debe advertir.
- *Patología pulmonar:* En sí no existe ninguna patología que impida el encuentro, no obstante, sí algunos síntomas que lo dificulten, tales como disnea (dificultad para respirar) o hipoxia (falta de oxígeno en la sangre).
- *Patología neurológica:* Se altera la vida sexual por la disminución de la autoestima o los problemas de comunicación. En el caso de las demencias es común que se acompañen de hipersexualidad (aumento de deseo sexual) o hiposexualidad (bajo o nulo deseo sexual).
- *Patología urológica:* Ya sea por infecciones del tracto uterino o por incontinencia urinaria influyen en la sexualidad.
- *Patología osteoarticular:* No disminuye el deseo pero si se pueden producir dolores durante los encuentros. Hay que adoptar técnicas que alivien el dolor.
- *Patología endocrina:* La diabetes está muy relacionada con la disfunción sexual, en un 65%. Los hipos e hipertiroidismos provocan alteraciones sexuales (cambios hormonales) que se normalizan tras corregir la enfermedad de base.
- *Patología psiquiátrica:* Existen dos extremos. En la depresión es muy difícil mantener relaciones sexuales placenteras. En la psicosis los pacientes están erotizados y padecen de hipersexualidad (aumento de deseo sexual).
- *Artritis:* El dolor que la artritis puede afectar a la capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales. Estos molestos dolores pueden remediarse con la medicación adecuada, mediante ejercicio, descanso, baños calientes o cambiando la posición con la que habitualmente se practica sexo.
- *Cáncer:* La enfermedad en sí no influye en las relaciones, pero sí la depresión, ansiedad y pérdida de autoestima que trae consigo.
- *Dolor crónico:* Puede traer consigo otros signos que impidan a la persona intimar como descanso insuficiente, aislamiento o dificultad para moverse.

- *Cirugías:* La cirugía en sí no trae ningún tipo de problema más allá de la recuperación total del paciente. En ocasiones, estas cirugías afectan a los genitales (primarios o secundarios): Histerectomía (extirpar el útero), mastectomía (extirpación de la glándula mamaria) y Prostatectomía (extirpar toda la glándula prostática). Una vez superados los problemas psicológicos de ansiedad o aceptación del individuo se puede volver a mantener la actividad sexual que tenía antes de la operación.

2.7 Fármacos que afectan la sexualidad de los adultos mayores

La ingesta de fármacos pueden causar dos efectos respecto a la sexualidad del adulto mayor: 1) causar disfunción eréctil en los hombres o dificultar la eyaculación y 2) disminuir el deseo sexual de las mujeres. Algunos de los fármacos son (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2002; Herrera, 2003; Prieto, 2006):

- ❖ Antihipertensivos.
- ❖ Antihistamínicos.
- ❖ Corticoides.
- ❖ AINES: Impotencia secundaria a medicamentos.
- ❖ Antidepresivos.
- ❖ Ansiolíticos.
- ❖ Supresores del apetito.
- ❖ Insulinas o antidiabéticos orales.
- ❖ Protectores gástricos.

Cada uno de estos fármacos causa efectos en la sexualidad tanto de hombres como de mujeres mayores. En la tabla 2 se muestran los signos y síntomas que causan en el hombre y en la tabla 3 se muestra los signos y síntomas en la mujer.

Tabla 2.***Signo y síntoma de fármacos que afectan la sexualidad en el hombre.***

Signo y síntoma	Fármacos
Incremento de la libido.	Andrógenos, baclofén, diazepam, levodopa, haloperidol (bajas dosis).
Descenso de la libido.	Metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos. Fármacos antiandrógenos en el cáncer de próstata.
Disminución eyaculación.	Anticolinérgicos, clonidina, estrógenos, IMAO, alfa-metildopa, antidepresivos tricíclicos, tiacida, tioridazina.
Disminución testosterona.	Digoxina, haloperidol (altas dosis), litio, IMAO, Espironolactonas.
Impotencia.	Anticonvulsivantes, Antibióticos, Cardiovasculares, Antirrítmicos, Antidepresivos (Betabloqueadores, calcioantagonistas, vasodilatadores, diuréticos, bloqueadores adrenérgicos centrales), Fármacos con acción al SNC (Ansiolíticos e hipnóticos, Antidepresivos, Antipsicóticos, Levodopa, Litio, Analgésicos narcóticos), Fármacos gastrointestinales (Anticolinérgicos, Antiespasmódicos, Antagonistas anti-H2, Metoclopramida), Misceláneas (Acetozolamida, Baclofén, Clofibrato, Danazol, Disulfiram, Estrógenos, Interferón, Naproxeno, Progesterona).

Fuente: Sexualidad en la Vejez de Herrera (2003).

Tabla 3.***Signo y síntoma de fármacos que afectan la sexualidad en la mujer.***

Signo y síntoma	Fármacos
Incremento de la libido.	Andrógenos, benzodiacepina.
Disminución de la libido.	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepam, alfa-metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos.
Alteración de excitación y orgasmo.	Anticolinérgicos, clonidina, alfa-metildopa, IMAO, antidepresivos tricíclicos.
Agrandamiento de la mama.	Estrógenos, antidepresivos tricíclicos.

Fuente: Sexualidad en la Vejez de Herrera (2003).

Como se puede observar, son diversos los cambios que afectan la sexualidad en los adultos mayores. Si bien, estos no solo se quedan a nivel de deterioro o involución, ya que, cada aspecto de la sexualidad tiene un curso diferente (Núñez, s.a). Estos cambios no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que, exige una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, evitándose así frustraciones y situaciones de ansiedad ante las relaciones sexuales, que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual (Herrera, 2003). Además, es importante destacar que la felicidad sexual constituye un predictor importante de bienestar en las personas. Sin embargo, los adultos mayores cesan o se privan de su sexualidad debido a los prejuicios otorgados por la sociedad y son mantenidos por ellos. Si bien, existe una notable y fuerte contradicción

social frente al tema de las actitudes sobre sexualidad en el adulto mayor (Willert y Semans, 2000).

Por ello, los cambios que afectan la sexualidad de los adultos mayores deben ser conocidos, tanto por el personal sanitario, como por los propios ancianos para evitar una interpretación errónea de estos mismos y que estos a su vez repercutan negativamente sobre la actividad sexual de este grupo etéreo. El conocimiento de lo que realmente pasa con la sexualidad de los adultos mayores permitirá una mejor adaptación a los cambios que presentan las personas de la tercera edad y la adaptación de la actividad sexual entre las parejas para permitir el disfrute de una sexualidad más completa positiva y gratificante (Herrera, 2003; Willert y Semans, 2000).

Para lograr estas estrategias (arriba señaladas) existe un área de la psicología que a través de la investigación sistemática a tratado de abordar (la psicología de la salud) las temáticas que tradicionalmente eran materia de trabajo exclusivo de los médicos, en el siguiente capítulo describiremos todo lo relacionado a esta rama de la psicología.

3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SUS MODELOS DE INTERVENCIÓN

“Jamás un hombre es demasiado viejo para recomenzar su vida y no hemos de buscar que lo que fue le impida ser lo que es o lo que será.”—Miguel de Unamuno

La psicología de la salud surge a partir de una nueva forma de pensamiento con relación a la salud. Se considera que la dimensión psicosocial juega un papel relevante entre el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios que se brindan a la población, aunado con el fracaso que existe en los sistemas sanitario (debido a las limitaciones del modelo biomédico) dan como resultado esta rama de la psicología, que intenta cubrir las necesidades que existen en los modelos sanitarios en el área de la salud (Martínez, 2003).

En este capítulo se comenzará con los aspectos más relevantes de la psicología de la salud como son su definición, sus objetivos y los niveles de prevención. Se proseguirá con la descripción de algunos de los modelos empleados en el área de la salud como son el modelo de Creencias de la Salud (MCS), Teoría de la Acción Razonada (TAR), Teoría de la Conducta Planeada y finalmente el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), modelo que se tomará de base para este trabajo.

3.1 Psicología de la Salud

Dentro de la psicología de la salud se han abierto espacios de análisis, intervención e investigación logrando grandes avances en la construcción de propuestas teóricas y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para explicar las conductas para el mantenimiento de la salud (Gómez, 2007; Ortiz y Ortiz, 2007). Este campo es multidisciplinario ya que el psicólogo de la salud colabora con otros profesionales como

médicos, sociólogos y antropólogos entre otros y su trabajo permite abarcar más aspectos fundamentales y la interacción entre las áreas, tomando a la conducta como un medio para controlar enfermedades que aquejan a la sociedad (Anguiano, 2006). Por ello, es necesario conocer algunas definiciones que existen sobre este campo, la cuales se muestran en el siguiente apartado.

3.1.1 Definición de Psicología de la Salud

En primer lugar, Matarazzo (1982 citado en Gómez, 2007) define la psicología de la salud como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria.

Además, Carrobes (1993 citado en Gómez, 2007) define a la psicología de la salud como el campo de la especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y conocimientos de la actual psicología científica sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad.

Por su parte, Godoy (1999 citado en Gómez, 2007) define a la psicología de la salud como un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de los aspectos comportamentales en la

preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos.

Así mismo, García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008) y Oblitas (2006 citado en Oblitas, 2008a) la define como la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

En tanto que Piña y Rivera (2006) la conciben como el campo de actuación profesional en el que lo psicólogos poseen tanto los conocimientos indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación.

Finalmente, Cardozo y Rondón (2014) menciona que es una rama de la Psicología que se encarga de estudiar los procesos y comportamientos asociados al mantenimiento y promoción de la salud de un individuo en su medio ambiente.

Los autores mencionados anteriormente (Cardozo y Rondón, 2014; Matarazzo, 1982; Carroble, 1993; Godoy, 1999 y Piña y Rivera, 2006) coinciden en que la psicología de la salud está encargada en la promoción y prevención de enfermedades. Sin embargo, para este trabajo se va a retomar la definición de Oblitas (2006) quién la define a la psicología de salud como el campo de especialización que aplica las técnicas y conocimientos psicológicos para la evaluación, diagnósticos, prevención, explicación, tratamiento y modificación de trastornos físicos, mentales o algún otro comportamiento relacionado en el proceso de salud y enfermedad.

Como podemos observar, la psicología de la salud permite al psicólogo estudiar o interactuar con el proceso salud-enfermedad de los pacientes, y como cualquier disciplina psicológica, se guía por una serie de objetivos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la investigación para mejorar la calidad de vida, estos objetivos se detallan en el siguiente apartado.

3.1.2 Objetivos de la Psicología de la Salud

La división 38 de la American Psychological Association (APA) plantea como objetivos de la psicología de la salud los siguientes (Gómez, 2007):

- ✓ Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- ✓ Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos, en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- ✓ Comprender la naturaleza de la respuesta al estrés ante una enfermedad y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- ✓ Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivos pueden ayudar a la persona a afrontar y controlar la enfermedad.

Así mismo, la American Psychological Association (APA) enlista algunas de las habilidades que el psicólogo debe de tener o desarrollar (Olvera y Soria, 2008), estas son:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.

3. La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Con lo anterior, el psicólogo de la salud va a generar (Olvera y Soria, 2008):

- ✓ La educación para la salud, la promoción y el saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones del ambiente.
- ✓ La prevención y el control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- ✓ La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- ✓ El tratamiento de dolor crónico, el problema de la adherencia terapéutica, el problema de la calidad de la atención, la atención materno-infantil, la salud mental, la promoción del mejoramiento de la nutrición y de los trastornos alimentarios.
- ✓ Programas: Contra el alcoholismo, contra tabaquismo, contra la farmacodependencia y para la promoción de la formación de recursos humanos para la salud.

Estos objetivos y funciones se pueden aplicar hacia cualquier conducta o comportamiento que ponga en riesgo la salud de la persona, sin importar el nivel de intervención o de prevención en los pacientes, estos niveles de prevención se dividen en 4 fases las cuales se describen a continuación

3.1.3 Niveles de prevención

Los programas en Psicología de la Salud se desarrollan en los diferentes niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. (Salleras, 1994 citado en Cardozo y Rondón, 2014).

- *La prevención primaria:* dirigida a la protección de la salud, la cual se lleva a cabo sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental, higiene alimentaria) y la promoción de la salud y prevención de enfermedad que se lleva a cabo en interacción con las personas: modificación de hábitos de alimentación, ejercicio, sueño, consumo de sustancias; entrenamiento en habilidades para el afrontamiento al estrés, comunicación, por mencionar algunas.
- *La prevención secundaria:* se aplica cuando los factores generadores de enfermedad han entrado en juego y el objetivo es evitar el desarrollo o la cronificación de la misma, propiciando la adhesión al tratamiento y la modificación de los hábitos de vida que favorecen el avance de la enfermedad.
- *La prevención terciaria:* se lleva a cabo cuando ya se instauró y se cronificó la patología, hayan aparecido o no limitaciones o problemáticas de salud producto de la misma y el objetivo es detener su progreso y prevenir el deterioro e incapacitación de la persona.

La psicología de la salud tiene diferentes niveles de prevención, por los cuales intenta mejorar el nivel de calidad de vida, inclusive, prevenir alguna enfermedad que pudiera alterar su salud, sin embargo, el psicólogo de la salud también tiene diferentes campos de acción, en los cuales pone en práctica estos niveles de intervención, esto se puede comprobar en el siguiente apartado.

3.1.4 Áreas de aplicación

Stone (s.a citado en Libertad, 2003) considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el Sistema de Salud, no sólo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la Salud Pública, la educación para la salud, la planeación, el financiamiento, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo en todo el sistema. Otras de las aplicaciones de la psicología de la salud (Oblitas, 2008b) son:

- a) Promoción de estilos de vida saludables.
- b) Prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- c) Tratamiento de enfermedades específicas como pueden ser la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el sida, por citar algunos. En estos casos los psicólogos trabajan junto con otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- d) Evaluación y mejora del sistema sanitario.

La psicología de la salud tiene un amplio espectro para incidir en los principales problemas de salud pública, dado que puede actuar desde antes de que se presente, o bien coadyuvar en la recuperación de una mejor calidad de vida, muchas de las investigaciones que se realizan en esta área psicológica se rigen por diversos modelos de estudio, en la siguiente sección hablaremos de dichos modelos.

3.2 Modelos Psicológicos

Desde la perspectiva biopsicosocial, la psicología de la salud junto con los psicólogos han tenido la oportunidad de explorar qué tanto impacto tienen las variables psicológicas en las conductas de prevención (Piña y Rivera, 2006). Por ello, resulta indispensable contar con un modelo teórico y metodológico que permita plantear hipótesis sobre el problema en

cuestión; sobre qué conocimientos se requieren para incidir sobre éste, y, finalmente, qué tipo de competencias son necesarias para conseguir conductas preventivas (Ibáñez, 1994 citado en Piña y Rivera, 2006).

Además, Moreno y Rosales (2003 citado en Salamanca y Giraldo, 2012) consideran que el motivo primordial por el que se crearon los modelos de salud, es para intentar explicar cómo se genera y con qué frecuencia se presenta la conducta protectora de la salud, ya que se ha reportado que variables de corte racional como los conocimientos y las creencias, ya sea que se les analice de manera independiente o junto con otras variables, juegan un papel irrelevante en la predicción de la práctica de diversos comportamientos de riesgo o de prevención (Piña y Rivera, 2006).

Las teorías o los modelos del cambio de conductas postulan que la adopción de comportamientos es un procesos en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria (Ríos, 2011). A continuación se desarrollan los aspectos fundamentales de los modelos psicológicos que sustentan algunos de los programas para reducir los problemas de salud. Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1974); Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975); La Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985); Modelo de Auto-eficacia (Bandura, 1994) y el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales propuesto por Fisher y Fisher (1992).

3.2.1 Modelo de Creencias de Salud (MCS)

El Modelo de Creencias de Salud fue desarrollado aproximadamente hacia 1950 por un grupo de psicólogos, entre los que se contaban G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosenstock, pertenecientes al Public Health Service estadounidense, todos ellos autores con una orientación fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974 citado en Moreno y Gil, 2003). Este primer acercamiento surge con la intención fundamentalmente pragmática de encontrar respuestas

a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Por tanto, su objetivo primario de estudio era la prevención, considerando que el mero cuidado médico era sólo una parte de la totalidad del servicio que la salud pública podía y debía ofrecer (Moreno y Gil, 2003).

Desde que se creó ha sido foco de varias investigaciones y reconocido como uno de los más influyentes en la formulación de teorías que explican la forma en que los individuos buscan evitar enfermedades (Ríos, 2011).

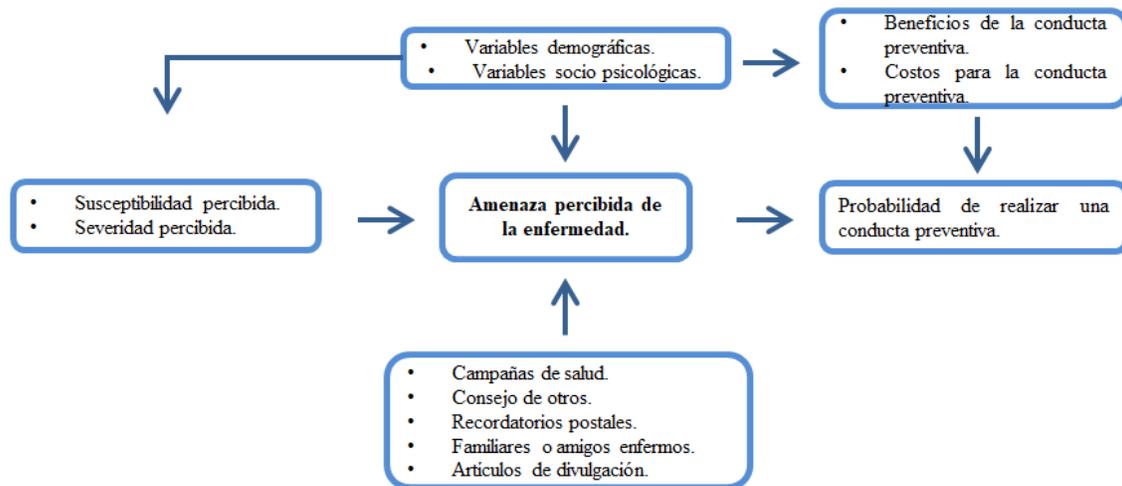
El modelo está diseñado para predecir las posibilidades que tienen los individuos que adoptan una conducta particular de salud como una función de percibir amenazas y beneficios (Kreps & Thornton, 1992 citado en Ríos, 2011). Sus componentes son: La *susceptibilidad percibida* es la percepción del riesgo de adquirir una enfermedad o de estar saludable, el pesimismo u optimismo que se tenga a la enfermedad, la *severidad percibida* es la percepción de las consecuencias físicas y sociales de adquirir una enfermedad o de abandonar su tratamiento, los *beneficios percibidos se considera como la* efectividad que tiene el comportamiento, las *barrera percibidas* son aquellos impedimentos de realizar conductas de prevención recomendadas para evitar alguna enfermedad y mantener la salud, las *señales para la acción* son aquellos que llevan a la acción como consejos de familiares, amigos o medios de comunicación y los *factores modificantes* son aquellas variables (factores sociodemográficos, la autoeficacia, entre otros) que indirectamente influyen en las conductas y que previenen o favorecen las enfermedades (la convicción de que uno puede realizar un comportamiento para obtener resultados) (Moreno, García, Rodríguez y Díaz, 2007; Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001; Moreno y Gil, 2003).

A partir de estos modelos, las conductas se distribuyen en dos tipos de factores que favorecen la adopción de ciertos patrones de conducta como la conservación y mejoramiento de la salud, evitación de situaciones de riesgo y prevención de enfermedades,

y son la percepción de amenaza y se describen como: *La percepción de amenaza contra la salud*: son aquellos aspectos relevantes que llevan a la creencia de estar ante la probabilidad de enfermarse y son valores generales para la salud (qué tan importante es la salud), percepción de la vulnerabilidad (existe la posibilidad o no de enfermarse) y percepción de la gravedad de la amenaza (qué tan serio puede ser enfermarse). Ahora bien, *las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza* se plasman cuando una persona conoce qué puede hacer para evitar enfermarse tiene mayor probabilidad de llevar a cabo conductas preventivas y consiste de los siguientes factores: a) percepción de beneficios (expectativas positivas de llevar a cabo las conductas de protección), b) percepción de costos de acción o barreras (percepción de los costos de realizar una conducta preventiva, si es mayor el costo que el beneficios y c) creencia en la eficacia de los medios concretos (habilidades que tiene la persona y la creencia de poder hacerlo) (Moreno et al., 2007), lo mencionado anteriormente se puede ejemplificar en la figura 1.

Figura 1.

Esquema del Modelo de Creencias de la Salud.



Fuente: *Basado en Moreno y Gil (2003).*

Sin embargo, las críticas al modelo en las investigaciones realizadas muestran el excesivo énfasis sobre los factores cognitivos, que dejan de lado variables sociales e individuales, aún más cuando los factores decisionales tienen que ver con aspectos que no se relacionan con la salud como por ejemplo la estética o la percepción social de realizar dicha acción (Kirsch y Einstein, Morales y Róales, 2003 citado en Salamanca y Giraldo, 2012).

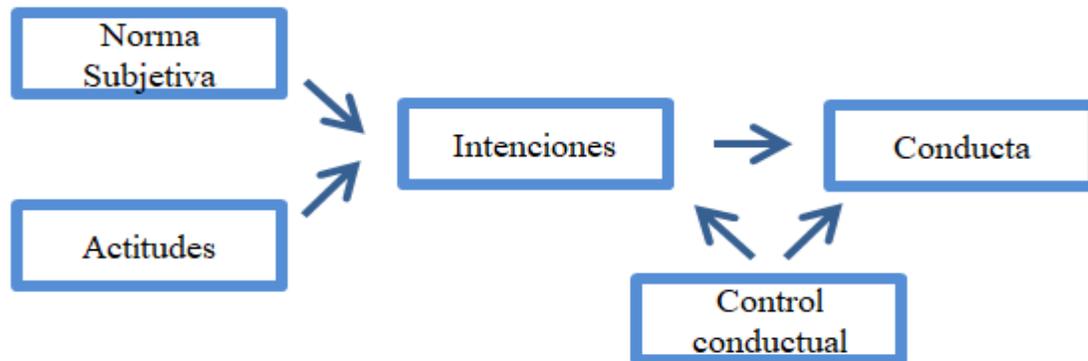
3.2.2 Teoría de la Acción Razonada (TAR)

La teoría propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), es una teoría general del comportamiento humano que establece la forma en la que se relacionan las creencias, actitudes e intenciones de una persona con su conducta (Fishbein y Ajzen, 1981 citado en Ríos, 2011).

La *intención* está articulada con dos elementos (Enríquez, Sánchez y Robles, 2011; Salamanca y Giraldo, 2012):

- *La actitud hacia la conducta*: Son los sentimientos que permiten generar valoraciones como favorables-desfavorable. positivo-negativo hacia la conducta. Esto va a depender de las creencias que un individuo tiene respecto de las consecuencias de su comportamiento.
- *La norma subjetiva*: Es la percepción de la persona respecto a la presión social para llevar a cabo o no la conducta. Esta va a depender de las creencias normativas de ciertos individuos o grupos y la motivación para llevar a cabo la conducta y ajustarse a dicho normatividad.

La teoría de la acción razonada se ejemplifica en la figura 2.

Figura 2.***Esquema de la Teoría de la Acción Razonada.***

Fuente: *Basado en Ríos (2011).*

Este modelo sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivo. Además, se considera con carácter interpersonal y con orientación cognitiva, ya que supone que las personas se ven influenciadas por sus entornos sociales y al mismo tiempo éstos ejercen una influencia sobre ellos (Ríos, 2011).

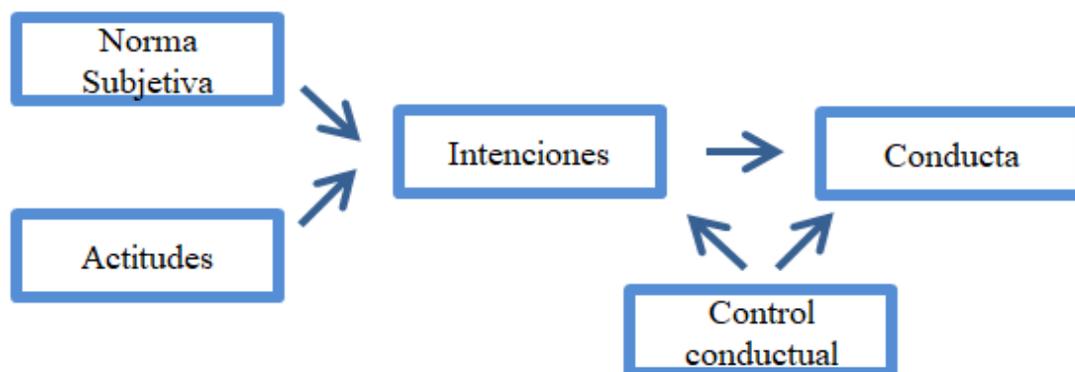
3.2.3 Teoría de la Conducta Planeada (TAP)

Esta teoría fue propuesta por Ajzen en la década de los 80's y considera que la conducta puede ser explicada con los mismos elementos de la teoría de la acción razonada,, siempre y cuando se incluya el constructo denominado *Control conductual percibido*, el cual afecta directamente a la intención e indirectamente a la conducta (Ajzen, 1985 citado en Enríquez, Sánchez y Robles, 2011). El *control conductual percibido* hace referencia a las valoraciones individuales sobre la facilidad-dificultad de llevar a cabo la conducta preventiva. Esta valoración está relacionada con los recursos de la persona, así el control conductual percibido, junto con la evaluación de los recursos personales y las

oportunidades de llevar a cabo la conducta (Enríquez, Sánchez y Robles, 2011), esto se pueden ver en la figura 3.

Figura 3.

Esquema de la Teoría de la Conducta Planeada



Fuente: Basada en Enríquez, Sánchez y Robles (2011).

La principal crítica a este modelo se ubica sobre las limitaciones de no tomar en consideración elementos que aunque influyen en la toma de decisiones no pertenecen al control volitivo del sujeto, como es el caso de la presión social y por ende reducen el margen de predicción (Hanna, 2010 citado en Salamanca y Giraldo, 2012).

3.2.4 Modelo de Autoeficacia

La teoría cognitiva del Aprendizaje Social fue propuesta por Albert Bandura en la década de los años setenta y explica el funcionamiento humano en términos de una triada de causación recíproca que contiene los siguientes elementos: 1) determinantes personales (factores cognitivos, afectivos y biológicos); 2) conducta; y 3) Influencias ambientales. De esta manera se derivó el Modelo de Autoeficacia para explicar el comportamiento de las personas.

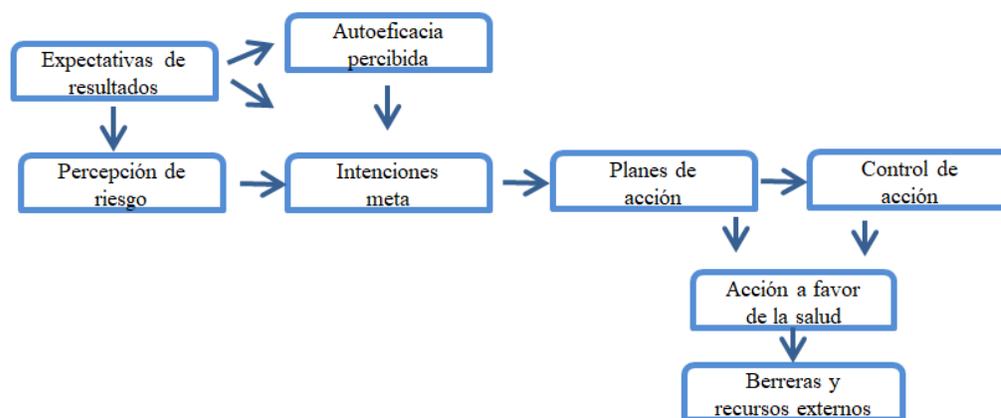
El modelo de autoeficacia propone que la conducta preventiva depende de las creencias que tiene una persona acerca de sus capacidades para ejecutar una conducta específica y lograr con éxito un resultado deseado (autoeficacia percibida) (Bandura, 1994, citado en Enríquez et al., 2011). Esta percepción de eficacia, a su vez, va a depender de:

1. *El nivel de información:* Permite hacer consciente los riesgos de no realizar conductas preventivas.
2. *Expectativas de resultados:* La persona valora las consecuencias positivas o negativas de cierto comportamiento preventivo.
3. *Las intenciones meta:* Son las metas que se propone alcanzar un individuo.

Además, los estados emocionales afectan la autoeficacia percibida, es decir, el estado de ánimo afecta la forma en la cual una persona juzga sus capacidades e interpreta sus reacciones en el momento de la ejecución. El estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia y el estado de ánimo negativo la reduce (Enríquez et al., 2011), esto se ve ejemplificado en la figura 4.

Figura 4.

Esquema del Modelo de Autoeficacia.



Fuente: Basada en Enríquez, Sánchez y Robles (2011).

Los modelos mencionados anteriormente, solo se basan en los factores cognitivos que tienen las personas para realizar una conducta preventiva, sin embargo, es necesario que las personas cuenten con habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta preventiva y para ello se creó un modelo que incluye la información, la motivación y las habilidades conductuales para que los programas preventivos sean efectivos.

3.2.5 Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB)

El Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), conceptualiza los determinantes psicológicos de las conductas preventivas del VIH y provee de un marco conceptual general para entender y promover la prevención entre la gente. Este modelo está basado en un análisis e integración de la teoría, la investigación en la prevención del VIH y la literatura psicosocial, y se enfoca específicamente en el conjunto de los factores de la información, la motivación y las habilidades conductuales que están conceptualmente y empíricamente asociados con la prevención del VIH, pero que frecuentemente se han tratado de forma aislada. Este modelo especifica una serie de relaciones causales entre estos constructos y un conjunto de operaciones para ser utilizados en la traducción de este enfoque en intervenciones de prevención del VIH (Peterson y DiClemente, 2000).

Desde este modelo, se especifican tres elementos necesarios para que se dé una conducta preventiva, lo cual afirma que la iniciación y mantenimiento de hábitos de salud sexual es mediada por tres factores determinantes: 1) Información sobre la sexualidad 2) la motivación para ejercer su sexualidad y 3) habilidades conductuales para llevarla a cabo (Fisher y Fisher, 1994; citado en Bermúdez, Herencia y Uribe, 2009).

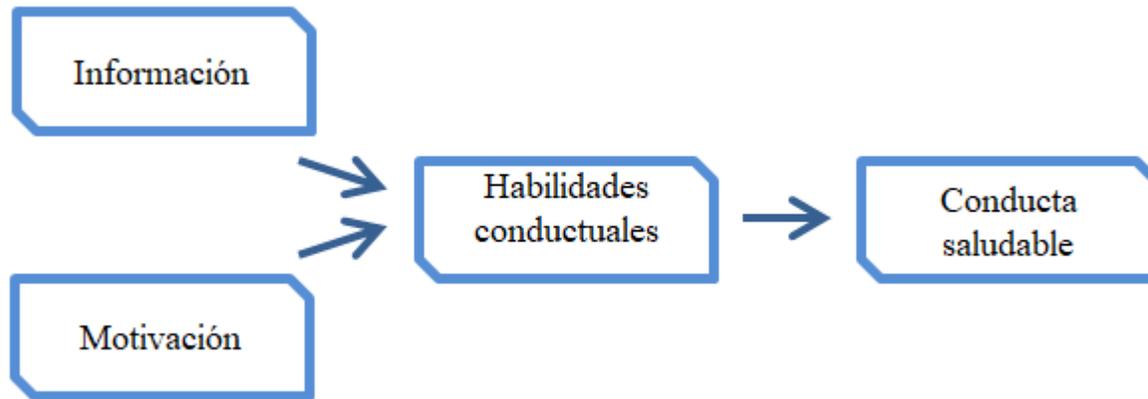
El modelo IMB establece que estar bien informado y que se posea información sobre salud sexual no es suficiente para provocar la ejecución de una conducta relacionada con la salud. Asimismo, las personas deben estar motivados para adoptar conductas de salud sexual, tanto a nivel personal (tienen actitudes positivas hacia la práctica personal de

la conducta de salud) y social (recibir el apoyo social de los referentes importantes como la familia y amigos, recibir normas sociales positivas para la sexualidad saludable) y poseer las habilidades conductuales necesarias para el mantenimiento de la conducta.

De acuerdo con el modelo IMB, *la información* sobre la sexualidad en el adulto mayor es directamente pertinente para la conducta preventiva y que puede fácilmente llevarse a cabo por el individuo, es un prerrequisito elemental para la conducta preventiva. Asimismo, la información para la salud sexual que está cercanamente relacionada con realización de la conducta preventiva (p. ej. “Saber los cambios que engloban la sexualidad en el adulto mayor”), que pueden servir como una guía para acciones preventivas personales (Peterson y DiClemente, 2000).

La motivación para mejorar la práctica sexual es un determinante adicional para la conducta preventiva e influye aún si los individuos “bien informados” estarán inclinados a actuar en lo que ellos saben sobre sus cambios. De acuerdo con el modelo IMB, la motivación para ejecutar una vida sexual activa, incluye motivación personal para practicar dicha conducta (p. ej. Actitudes y comunicación sexual con su pareja), motivación social que genere una red apoyo (p. ej. Percepción del apoyo social de llevar a cabo dichos actos), y percepciones de la vulnerabilidad personal que tenga una mala concepción de ello (Peterson y DiClemente, 2000).

Las *habilidades conductuales* para tener una vida sexual activa son un prerrequisito adicional para la conducta y determina si los individuos aún “bien informados” y “motivados” serán capaces de practicar su sexualidad de manera efectiva. Este factor del modelo IMB está compuesto por la capacidad objetiva de un individuo y su autoeficacia percibida sobre el rendimiento de la secuencia de comportamientos. Las habilidades involucradas pueden incluir habilidades objetivas y percibidas sobre el uso del condón, la negociación del uso del condón, estrategias de excitación y/o la habilidad para mantener las conductas preventivas propias y de la pareja a través del tiempo (Peterson y DiClemente, 2000), lo anterior se ejemplifica en la figura 5.

Figura 5.***Esquema del Modelo de Información Motivación y Habilidades conductuales***

Fuente: Basada en Enríquez, et al. (2011)

El modelo IMB especifica que la información, la motivación trabajan primordialmente a través de las habilidades conductuales para la ejecución de una vida sexual saludable para influir en la conducta preventiva. En esencia, los efectos de la información y la motivación hacia la sexualidad en los adultos mayores se expresan principalmente como un resultado del desarrollo e implementación de las habilidades conductuales para llevar a cabo dicha conducta que se aplican directamente a la iniciación y mantenimiento de la conducta. Este modelo también especifica que la información sobre la prevención y la motivación pueden tener efectos directos en la conducta preventiva. Finalmente, desde la perspectiva de este modelo, la información y la motivación, están considerados generalmente como constructos independientes, en el que aquellos individuos “bien informados” no necesariamente tienen que estar “bien motivados” para practicar la conducta y que los individuos “bien motivados” no siempre están “bien informados” (Peterson y DiClemente, 2000).

Es importante resaltar que este modelo no solo se utiliza para describir cómo una persona llega a tener un comportamiento determinado, sino que ha sido utilizado en la

implementación y desarrollo de programas de intervención demostrando que cuando se combinan los tres elementos (información, motivación y habilidades conductuales) se tienen resultados más favorables que cuando se manejan sólo uno o dos componentes.

El estar informado sobre los temas de sexualidad ayuda a tener los conocimientos necesarios sobre los temas de sexualidad y el riesgo de realizar conductas de riesgo; sabiendo lo básico se necesita que las personas estén motivadas a iniciar y mantener conductas preventivas que les permitan tener una vida saludable y prevenir las consecuencias negativas de las conductas de riesgo; finalmente, el poseer las habilidades conductuales permite que las personas sepan qué hacer ante las conductas de riesgo y cómo evitarlas (Singh, 2003).

Bajo este modelo, se ha demostrado en diversas investigaciones la efectividad de la implementación del modelo IMB, como Jaworski y Carey (2001); Fisher, Fisher, Bryan y Misovich (2002); Singh (2003); Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth (2004); Bazargan y West (2006); Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández (2006) y Bermúdez, Herencia y Uribe (2009), los cuales se desarrollan en el siguiente apartado.

3.2.5.1 Estudios basados en el Modelo IMB

Jaworski y Carey (2001) realizaron un estudio con una población de 78 mujeres solteras de 20 años de edad, las cuales el 48% reportaron usar inconsistentemente el condón y el 65% con múltiples parejas sexuales. Con el objetivo de evaluar una intervención de reducción del riesgo de enfermedades de transmisión sexual breve, teóricamente guiada, adaptada a mujeres en edad universitaria. Las participantes fueron asignadas en 3 grupos: 1) una sesión con el modelo IMB, 2) una sesión con solo información (INFO) y 3) grupo control. La información fue evaluada con el cuestionario “*STD Knowledge Questionnaire*” (STD-K-Q de Carey, Morrison-Beedy y Johnson, 1997 citado en Jaworski y Carey, 2001) con 37 ítems sobre transmisión, prevención y la historia natural de las ITS (clamidia, herpes genital,

VIH/SIDA, virus de papiloma humano (VPH), gonorrea e inflamación pélvica (PV)); la motivación fue evaluada con 3 instrumentos: 1) Actitudes hacia el condón (Attitudes Towards Condoms (ATC) adaptado de Condom Attitude Scale (CAS) de Sacco, Levine, Reed y Thompson, 1991 citado en Jaworski y Carey, 2001) con 32 ítems, 2) Intenciones de reducir conductas de riesgo (Behavioral Intentions de Jaworski y Carey, 2001) con 8 ítems y 3) Escala de Balanza Decisional (Decisional Balance Scale de Galavotti, Cabral, Lansky, Grimley, Riley y Prochaska, 1995 citado en Jaworski y Carey, 2001) con 10 ítems para evaluar pros y contras del uso del condón , mientras que para evaluar las habilidades conductuales (asertividad) se realizó un juego de roles con los participantes (no especificado en el artículo). Las conductas de riesgo como no usar condón en relaciones sexuales (oral y vaginal) y el número de parejas sexuales en los últimos 2 meses fueron evaluados con 5 ítems (sexo oral y vaginal); además 7 ítems para evaluar el conocimiento, entusiasmo y confort del grupo y finalmente 3 ítems para evaluar eventos externos que pudieron influir en los participantes. Al final, se compararon los datos de la pre y la post evaluación y se encontró que al grupo que se le impartió el IMB y el INFO mostraron más conocimientos acerca de las ITS; el grupo de mujeres en IMB mostró una reducción en el número de parejas sexuales que tuvieron posterior al estudio en comparación con el grupo control. Sin embargo, no hubo cambios en actitudes hacia el condón, intenciones, habilidades conductuales o el uso del condón debido a limitaciones en la metodología y aspectos no considerados.

Además, Fisher, Fisher, Bryan y Misovich (2002) realizaron un estudio con el objetivo de reducir el riesgo de infección por VIH en los estudiantes de la escuela secundaria influyendo positivamente en las actitudes y normas de prevención del VIH y aumentando las habilidades de comportamiento de prevención. Para este estudio se evaluaron a 4 escuelas donde participaron 1577 estudiantes de nivel secundario de los cuales 37% fueron hombres y 63% mujeres, con una edad de 13 a 19 años. El programa se implementó durante cuatro períodos de clase. Un período de cada uno está dedicado a un componente de información y habilidades de comportamiento; dos períodos se dedican a un componente de motivación. Cada componente de clase incluye vídeos, debates y

actividades asociadas, estas actividades se enseñaron y supervisaron por maestros capacitados de secundaria y / o asesores, tanto antes y durante la intervención. Para evaluar la relevancia en la información, motivación, habilidades conductuales y conducta acerca del VIH/SIDA se utilizaron los siguientes instrumentos. El primero evaluó el grado de conocimientos de los participantes sobre la prevención (conducta preventiva) de VIH/SIDA mediante un instrumento compuesto de 23 ítems con escala Likert. El segundo evaluó la motivación, se utilizaron 3 escalas: Para medir las actitudes acerca de la prevención de VIH/SIDA con 4 ítems tipo Likert; para medir las normas de prevención se evaluó con 8 ítems tipo Likert y para evaluar las intenciones de realizar conductas de prevención se evaluaron con 4 ítems tipo Likert. Para evaluar las habilidades conductuales de prevención se incluyeron 5 ítems tipo Likert y por último, para evaluar el comportamiento preventivo se realizó una pregunta dicotómica (si/no) acerca de la abstinencia, así como, una pregunta con respuesta tipo Likert acerca de la frecuencia de uso del condón en las relaciones previas de 2 meses (pre-test), 3 meses después de la intervención y un año después de la intervención. Al comparar el grupo control y el grupo experimental se encontró que la variable de la información con relación a los conocimientos en prevención de VIH/SIDA aumentó significativamente entre el pre-test y el pos-test en el grupo experimental. Sin embargo, en el grupo experimental, la motivación (normas y actitudes) se observó que hubo cambios menos significativos. De igual forma, se encontró que los participantes usaron condón de manera constante y con un aumento de frecuencia significativa en años posteriores, por lo cual los autores concluyen que los participantes que presentaron la intervención, bajo este modelo teórico, presentan cambios significativos en la realización de conductas preventivas del VIH/SIDA.

También, un estudio realizado por Singh (2003) en el cual su objetivo principal de investigación fue estudiar el efecto de la información, motivación y habilidades de comportamiento (IMB) en una intervención en un grupo de estudiantes universitarias de la India. Se realizó con 200 mujeres hindúes estudiantes de universidad sin educación sexual previa divididas en dos grupo (grupo control y grupo experimental) se les aplicó el cuestionario AIDS Prevention Information, Motivation and Behavioral Skills realizado

por Misovich, Fisher y Fisher (1998) donde se preguntaba el nivel de información (ITS y prevención; la Incidencia, prevalencia y vulnerabilidad a las ITS; ITS y VIH/SIDA), motivación (personal, social y la intención conductual), dificultad percibida y efectividad percibida que tenían los participantes. Se realizó una intervención de 3 sesiones (una por semana) en las cuales se les capacitó a las participantes con información acerca de los temas de sexualidad, a modificar actitudes personales para facilitar las conductas preventivas y enseñarles los pasos para realizar dichas conductas. Se encontró que en el grupo experimental incrementó el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, logrando que las conductas de riesgo disminuyeron en comparación al grupo control, sin embargo no existió una condición necesaria para hacer un cambio en la conducta, por lo tanto, se combina con incrementar el nivel de motivación al sexo seguro. Finalmente, se concluyó que una persona informada necesita estar motivada y poseer ciertas habilidades conductuales en su repertorio para realizar conductas de prevención, lo que permite realizar las conductas preventivas.

Así mismo, Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth (2004) llevaron a cabo un estudio con base en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), cuyo objetivo fue enseñar a los estudiantes en relaciones sexualmente activas a comunicarse con su pareja sobre el uso del condón. Con una población de 106 estudiantes heterosexuales asignados a una de tres condiciones experimentales: sólo información, información más motivación e información-motivación y habilidades conductuales. En este último grupo las habilidades conductuales entrenadas fueron iniciar una conversación sobre el uso del condón, discutir los beneficios por usar el condón o los riesgos por no usarlo, solicitar que el compañero del participante se ponga un condón y responder en forma efectiva a la conducta de rechazo del compañero. Para evaluarlos, se realizaron juegos de rol en los que dos observadores iban anotando sus respuestas con relación a la siguiente escala: 1) no da una respuesta apropiada, 2) dice algo sobre el uso del condón pero no proporciona argumentos para su uso, 3) da argumentos para el uso del condón pero no responde específicamente y 4) responde de manera eficaz a los argumentos negativos de su pareja (no usar condón) y da argumentos para utilizarlo. Los resultados de la post

evaluación muestran una mejor ejecución en las habilidades conductuales en el grupo que recibió entrenamiento en dichas habilidades, sin embargo, no tuvo un impacto en la consistencia del uso del condón, es decir, los estudiantes aprendieron a negociar efectivamente el uso del condón, pero esto no se vio reflejado en el auto reporte de su uso consistente, por lo cual se concluye que a pesar de la adquisición de habilidad con éxito, los estudiantes no lograron cambiar su comunicación o el uso del preservativo en relaciones posteriores.

También, Bazargan y West (2006), realizaron una investigación, cuyo objetivo fue aplicar la Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMB) para examinar las correlaciones de la intención de permanecer sexualmente inactivos entre los hispanos y los afroamericanos de secundaria, en una población de 502 hispanos y afroamericanos de secundaria. Además de las características demográficas (edad, género, etnia), la encuesta incluyó 18 ítems, que fueron diseñadas para capturar los elementos del modelo teórico IMB. El análisis de confiabilidad se llevó a cabo para estudiar las propiedades de las escalas de medición, las cuales evaluaron lo siguiente:

- *Conocimiento de enfermedades de transmisión sexual*, consta de 4 ítems. La confiabilidad de consistencia interna de esta subescala fue examinada usando coeficiente alfa de Cronbach, resultando igual a 0,70
- *Conocimiento del embarazo*, contenía 3 ítems, el alfa de Cronbach fue de 0,61.
- *Repercusiones percibidas del embarazo*, contenía 3 ítems. El alfa de Cronbach fue de 0,69.
- El siguiente factor, *actitudes hacia el sexo seguro*, fue compuesto por dos ítems. El alfa de Cronbach coeficiente para esta subescala fue de .83
- *La presión de la pareja percibida*, se compuso de un solo ítem
- El sexto factor, *las normas de la pareja percibidas*, constó de 3 elementos. El alfa de Cronbach fue de 0,85.
- El último factor, *habilidades conductuales*, contiene 2 ítems. El alfa de Cronbach fue igual a 0,62.

Este estudio encontró que sólo el 50% de la muestra informó que planea permanecer en abstinencia sexual hasta que se gradúen de la escuela secundaria. Otro 21% rechazó la idea de permanecer en abstinencia, y el 29% no estaban seguros sobre su intención de participar en actividades sexuales antes de graduarse de la escuela secundaria. Los estudiantes afroamericanos hombres fueron menos propensos que sus contrapartes femeninas y latinos para informar su intención de seguir siendo sexualmente inactivos. Utilizando la regresión logística y el control de las características demográficas, este estudio reportó a los estudiantes con (1) un mayor nivel de presión percibida, (2) un menor nivel de habilidades conductuales de rechazo para evitar la actividad sexual, (3) una actitud más positiva a practicar el sexo seguro, y (4) aquellos con un menor nivel de percepción de las repercusiones del embarazo eran menos propensos a reclamar permanecer sexualmente inactivos. Los datos de este estudio apoyan el modelo de IMB, lo que sugiere que los programas de intervención que se centran en el conocimiento por sí, son intrascendentes en la alteración de las intenciones de los adolescentes con respecto a su decisión de participar en la actividad sexual. Los programas de intervención deben centrarse en la juventud fomentando posponer la actividad sexual mediante la reducción de la presión del grupo y la construcción de la auto-eficacia a través de la mejora de las motivaciones y habilidades de comportamiento culturalmente apropiadas.

Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández (2006) realizaron un estudio también basado en el modelo teórico IMB, con el objetivo de evaluar el impacto del entrenamiento de las habilidades conductuales preventivas y el entrenamiento en el uso correcto del condón sobre la autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales y sobre la habilidad para negociar el uso del condón. Una muestra final de 50 estudiantes universitarios (30% hombres y 70% mujeres) con una edad promedio de 20.6 años. Se utilizó un diseño Pre-Post/test con un grupo experimental. Evaluando las variables de la siguiente manera: Conductas sexuales preventivas: Se diseñó un cuestionario con preguntas de opción múltiple para obtener información sobre sexo, edad, estado civil, preferencia sexual, planeación de la primera relación sexual, lugar de la primera relación sexual, edad del debut sexual y parejas sexuales en toda la vida, las cuales

permitieron determinar la homogeneidad entre los grupos. En este mismo cuestionario se incluyeron reactivos que evaluaron el uso de condón en la última relación sexual (sí-no) y la consistencia del uso del condón, la cual se determinó dividiendo la frecuencia del uso de condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales, multiplicando el resultado por cien. Conocimientos: Para determinar el nivel de información que los estudiantes tienen acerca del VIH/SIDA se utilizó el instrumento desarrollado por Alfaro, Rivera y Díaz (1992; citado en Robles et al., 2006), considerando sólo los reactivos que evalúan sintomatología, transmisión y prevención. La medida de esta variable fue porcentaje de respuestas correctas. Actitud hacia el uso del condón: Se evaluó a través de dos reactivos (“el uso de condón es bueno para mi salud” y “el uso de condón disminuye la satisfacción sexual”), medidos en escala tipo Likert con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Autoeficacia: Se utilizó la escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA validada con estudiantes universitarios por Robles (2005; citado en Robles et al., 2006). Se analizaron tres factores de la escala: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas (8 reactivos), Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas conocidas (5 reactivos) y Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja (4 reactivos), todos con opciones de respuesta en escala tipo Likert con valores de 1 (nada seguro) a 5 (totalmente seguro); las puntuaciones máximas posibles son de 40, 25 y 20, respectivamente. Negociar el uso de condón: A cada participante en forma individual se le dieron las siguientes instrucciones: “Imagina que estás con tu pareja en un lugar propicio para tener un encuentro sexual; imagina que tu pareja te empieza a insinuar que quiere tener relaciones sexuales contigo pero no está dispuesta a usar el condón y tú sí quieres utilizarlo porque quieres cuidar de tu salud sexual; ¿qué le dirías y cómo le harías para convencer a tu pareja de que usen el condón?” El instructor jugó el papel de la pareja del participante y la interacción se filmó para que posteriormente fuera codificada por dos observadores entrenados utilizando el Test Analógico de Simulación (Roth, 1986, citado en Robles et al., 2006). En este estudio encontraron que en el grupo experimental el porcentaje de relaciones sexuales protegidas incrementó del 56% en la pre-evaluación al 73% en la post-evaluación, mientras que en el grupo control la proporción fue de 47% y 48%, respectivamente, lo que demostró que el

programa de intervención utilizado tuvo efectos importantes sobre la reducción de conductas de riesgo, específicamente se redujo la proporción de encuentros sexuales no protegidos sólo en el grupo que recibió entrenamiento. También tuvo un impacto positivo en los tres elementos que se consideran en el modelo de Información, Motivación y Conducta de Fisher y Fisher (1994, citado en Robles et al., 2006): el grupo que recibió entrenamiento incrementó el nivel de información acerca del VIH/SIDA, mantuvo una actitud favorable hacia el uso de condón, incrementó el nivel de autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja y para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas, y mostró una mejor ejecución en la habilidad para negociar el uso de condón, comparado con el grupo control.

Finalmente, Bermúdez, Herencia y Uribe (2009) realizaron un estudio compuesto por 599 adolescentes colombianos, estudiantes de enseñanza secundaria, sexualmente activos, de los cuales el 65.94% (395 personas) eran varones, el 34.05% (204 personas) eran mujeres. La edad media fue de 15.58 años. En el 46.24% de los casos los adolescentes pertenecían a instituciones públicas, predominando el turno de la mañana (79.57%). Respecto al nivel socioeconómico clasificado en un sistema de seis categorías en orden creciente (1-2 bajo, 3-4 medio y 5-6 alto), el estrato predominante (46.74%) fue el 3 (nivel medio-bajo). Las variables evaluadas fueron: 1) Erotofilia, se evaluó con la adaptación española (Carpintero y Fuertes, 1994; Lameiras y Failde, 1997) del cuestionario SOS (*Sexual Opinion Survey*) de Fisher (1998), el instrumento se compone de 21 ítems con respuesta de tipo Likert (con un valor de 7 a total acuerdo hasta 1 con total desacuerdo), 2) Orientación de rol sexual, medido con la adaptación española abreviada (García-Vega, Fernández y Rico, 2005) del Inventario de roles Sexuales, de Bem (BSRI; Bem, 1974), este inventario se compone de 22 ítems que incluye: adjetivos y atributos que han atribuido al hombre (Confiado de sí mismo, con capacidad de liderazgo, etc.) o a la mujer (habla con suavidad, dulce, etc.), andróginos e indiferenciados, los cuales se deben de puntuar con una escala de 7 puntos (1 = nunca y 7 = siempre), 3) Conocimientos del VIH/SIDA, actitudes hacia el uso del preservativo, susceptibilidad percibida y autoeficacia, medidos con el cuestionario VIH/SIDA-65 de Bermúdez, Uribe-Rodríguez y Bucla Casal (2005),

compuesto por dos partes (a.- Evaluación de conocimientos con ítems de respuesta dicotómica “verdadero y falso” y b.- evaluación de opiniones con respuesta dicotómica “acuerdo o desacuerdo”, 4) Actitudes hacia el VIH/SIDA y las personas que lo padecen con 5 ítems, referidos al uso del preservativo y el acceso a este mismo y finalmente, 5) La autoeficacia y la susceptibilidad percibida, evaluada con el VIH/SIDA-65 con escalas de 5 ítems. Los resultados apoyan la interpretación débil del modelo IMB, es decir, las variables referidas al conocimiento, motivación y habilidades conductuales contempladas en el modelo, se relacionan directamente con el uso del preservativo en parejas estables y ocasionales. Esto implica que no es necesario tener en cuenta terceras variables para que éstas predigan el uso del preservativo. Sólo en el caso de la variable susceptibilidad percibida no se encuentra una relación directa con el uso del preservativo, pero sí con la autoeficacia, uno de los mejores predictores del uso del preservativo junto al grado de conocimiento sobre el VIH/sida, apoyando de esta forma la hipótesis de que resulta necesario que la persona esté motivada para adquirir las habilidades necesarias para realizar adecuadamente las conductas preventivas. Mientras que los resultados relacionados con la erotofilia y la masculinidad, indican que las personas que tienen una actitud más favorable al sexo y unos rasgos típicamente masculinos son las que tienen mejores conocimientos sobre el VIH/sida, y a la inversa. El efecto de la masculinidad y la feminidad sobre el resto de variables contempladas en el modelo IMB se vio mediado por los conocimientos sobre el VIH/sida, indicando que es por esta vía que ejerce su efecto sobre las restantes variables.

Como se ha visto, la eficacia del modelo Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB), es contundente ya que no solo brinda información a los participantes, sino que también motiva a realizar las conductas deseadas y los entrena en habilidades sociales, es por esto la importancia de la implementación de este modelo en programas de prevención del VIH/ITS y embarazos no planeados en adolescentes. En nuestro país también se han realizado diferentes programas basados en modelos teóricos, enfocados a la sexualidad de los adultos mayores. Algunos de estos programas serán descritos en el siguiente apartado.

4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES.

“Necesitamos un segundo proyecto de vida y no solo entretenimientos para pasar el tiempo libre que tenemos al jubilarnos.” F. Javier González

Los programas de salud sexual, como se mencionó en el capítulo anterior, solo se enfocan en algunos aspectos como en los cognoscitivos y dejan de lado aspectos como las habilidades conductuales de las personas (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Noar, 2007). Esto reduce la probabilidad de éxito de un programa de intervención así como el no tener bases teóricas que sustenten su uso, el no definir la población meta ni los objetivos del mismo (Cabrera, Tascón, Lucumi, 2001).

En este capítulo se mencionan aquellas características necesarias para diseñar un programa de intervención efectivo que denotan la importancia de realizar un análisis crítico de los programas de intervención ya existentes, así como diseñar, con base en un modelo de intervención, otro programa que supere algunas limitaciones que se han detectado y que cuya ejecución dará como resultado que los adultos mayores disfruten de su sexualidad.

4.1 Características de un programa efectivo

Una característica de las teorías que pueden ser útiles en la elección de una teoría para propósitos de intervención, es que deben de tener cuestiones de exhaustividad y parsimonia. Estos elementos son importantes para las intervenciones, ya que se relacionan con variables importantes para el cambio de comportamiento (Noar, 2007).

Los programas pueden ser herramientas de las cuales se puede tomar ventaja de sus características particulares (Noar, 2007). Estas características son clave para la

implementación de programas de intervención eficaces de salud para los adolescentes y se han mencionado algunos criterios para evaluarlos ya sea para diseñar un programa efectivo, o bien, para escoger el más adecuado y algunas de estas son:

- *Cada teoría tiene fortalezas y debilidades.* Cada persona que quiera implementar una intervención deberá seleccionar aquella que contenga las variables que se adecuen mejor a la población y contexto de intervención particular (Noar, 2007).
- *Examinar las características necesarias.* Se analiza qué características debe tener un programa de intervención para la población e intervención en particular, lo que se quiere lograr con ella y de cómo se está tratando de llegar a la población meta (Noar, 2007).
- *La literatura es fundamental.* Una vez escogido un programa de intervención, en la literatura se encuentra como puede ser aplicado para la prevención.
- *La combinación de teorías.* También se ha visto que en algunas ocasiones es apropiado combinar teorías con el fin de proporcionar más variables para desarrollar mensajes y estrategias de intervención (Noar, 2007).
- *Diseño lógico.* Seguir un diseño racional que influye en la evaluación y el análisis del programa de intervención (Noar, 2007).

Los programas deben ser eficaces tanto en su implementación como en su construcción y contenido, por ello, Kirby (2007) menciona 17 características que permiten que sean eficaces dichos programas afirmando que aquellos que las tienen son más efectivos que los que no las tienen. Estas características son categorizadas en tres rubros y son los siguientes:

- **Proceso de cómo se diseña el programa.** Cuenta con cinco características:
 1. *Involucrar a profesionales de distintas áreas con experiencia.* Para el diseño del programa, los equipos son formados por personas con diferentes enfoques teóricos,

de investigación sobre el comportamiento sexual de los adultos mayores, conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, entre otros.

2. *Valoración de las características y necesidades de la población a la cual será dirigido.* El programa de intervención debe señalar a los participantes las problemáticas de la sexualidad en los adultos mayores.
3. *Utilizar un marco lógico donde se determinen los propósitos de salud, las actividades y factores protectores y de riesgo que actúan sobre las conductas que se desean modificar.* Los programas que utilizan un modelo lógico: 1) especifican metas de salud, 2) identifican la conducta que afecta estas metas, 3) identifican factores que afectan la conducta y 4) desarrollan actividades que cambien dichos factores.
4. *El diseño de actividades compatibles con los valores comunitarios y recursos disponibles (humanos y materiales).* Es necesario tomar en cuenta los recursos con los que cuentan la población meta, como la disponibilidad de tiempo, facilitadores, recursos, así como también tomar en cuenta creencias y opiniones.
5. *Realización de la prueba piloto del programa diseñado.* Al ser aprobado el programa, se pueden hacer las modificaciones pertinentes antes de implementar la versión final.

El contenido del programa. Se describen las metas, objetivos del programa, actividades y métodos de enseñanza.

a) Por metas y objetivos del programa, se entiende:

6. *La propuesta es clara de las metas de salud acerca de la Salud Sexual de los adultos mayores.* Es importante proporcionar mensajes sobre la problemática.
7. *Enfocarse en conductas específicas de la sexualidad en los adultos mayores.* Esto debe incluir mensajes claros, apropiados a la edad, experiencia sexual, género y cultura de los participantes.

8. *Centrados en factores psicosociales de riesgo y de protección específicos que afectan conductas determinadas.* Estos se enfocan en lo retomado de la teoría sobre el desarrollo de la vida sexual de los adultos mayores.

b) Actividades y metodologías:

9. *Crear un ambiente seguro.* Todos los programas crean prácticamente un ambiente social seguro para los participantes creando reglas para respetar las opiniones de todos los miembros de un grupo.
 10. *Se incluyen múltiples actividades para cambiar cada uno de los factores de riesgo y protectores recibidos.* Para cada uno de los factores, tanto de riesgo como de protección, se deben planear actividades para que se obtenga el resultado esperado.
 11. *Se emplean métodos pedagógicos adecuados para involucrar activamente a los participantes, ayudan a personalizar información y son diseñados para cambiar cada grupo de factores específicos de riesgo y de protección.* Los métodos interactivos de enseñanza más comunes son: lecturas cortas, lluvia de ideas, trabajo en grupos, debates, role playing, entre otros.
 12. *Utilizar actividades, métodos didácticos y mensajes adecuados a la cultura, etapa de desarrollo y experiencia sexual de los participantes.* Los ponentes deben de utilizar un lenguaje adecuado para los participantes para que pueda ser más comprensible el mensaje.
 13. *Se presentan temas en secuencia lógica.* Los programas efectivos se presentan enfocados a la salud sexual de los adultos mayores, después se aterriza en el conocimiento, las actitudes y habilidades.
- **Proceso de implementación del programa**
14. *Obtención de un mínimo de apoyo de las autoridades.* Todos los programas efectivos obtienen aprobación de las autoridades, siendo necesario para llevar a cabo la investigación.

15. *Seleccionar a docentes con características específicas, dándoles capacitación cuando sea necesario, supervisión, monitoreo y apoyo.* Algunos programas capacitan a aquellos ponentes que impartirán el programa de intervención y otros los contratan con el perfil requerido para que pueda ser impartido.
16. *Considerar actividades para reclutar y retener a los participantes.* Si es necesario, los programas efectivos implementan actividades necesarias para reclutar personas y evitar o superar los obstáculos en la participación de las mismas.
17. *Implementar el programa con fidelidad razonable.* La mayoría de los programas efectivos implementan todas o casi todas las actividades propuestas en el diseño del programa. Esto permite garantizar su efectividad para el objetivo por el cual fue diseñado.

Las características antes mencionadas son importantes para evaluar programas de intervención, si resultan ser exitosas, se pueden utilizar para reducir, potencializar o implementar conductas (Noar, 2007; Kirby, 2007). Mientras que para los ya existentes que no son tan efectivos habrá que tomar en cuenta sus deficiencias para corregirlas (Kirby, 2007). Finalmente, también se pueden utilizar dichas características como base para el diseño de un programa de intervención nuevo.

Por ello, a continuación se muestran diversos talleres centrados en la sexualidad de los adultos mayores, así mismo, se hará una crítica de cada uno de ellos con base a las características que menciona Kirby y Noar (2007).

4.2 Estudios de sexualidad dirigidos a los adultos mayores

Correa, Díaz y Bermedo (2005) propusieron un taller dirigido a adultos mayores, sin embargo, esta propuesta no se llevó a cabo. El objetivo de la propuesta fue resignificar el ejercicio de la sexualidad, mediante la revisión de vivencias personales. La población estuvo dirigida al Club de Diabéticos de Queilen. Como primer paso se realizó la negociación con la coordinadora del Club de diabéticos de Queilen para que se pudiera

impartir dicho taller, seguido de ello, se realizó una invitación a los integrantes del club. Después se realizó un grupo focal para recoger información suficiente que permitiera reconocer cómo los adultos mayores vivían su sexualidad en todos sus aspectos, con énfasis en el ejercicio de ésta. Para recoger la información se realizaron conversaciones mediante una guía de discusión (no se menciona en el artículo), en las conversaciones estarían presentes las siguientes personas: A) Modelador: Utilizó la guía de discusión sobre la sexualidad en los adultos mayores, presentó las preguntas, respondiendo a los comentarios y estimulando la participación. B) Relator: Anotó las respuestas y observó las reacciones de los participantes. C) Observador (es): Apoyó al relator anotando las reacciones y los mensajes encubiertos de los participantes. D) Participantes: estar constituido por adultos mayores de ambos sexos pertenecientes al Club de Diabéticos de Queilen. Después de la obtención de las vivencias testimoniales del grupo focal fueron fundamentales para el conocimiento del grupo de adultos mayores. La intervención estuvo constituida por una metodología participativa, motivadora, que rescató el factor vivencial y facilitó el aprendizaje. Rescatando emociones, sentimientos, conocimientos, creencias y valores con la relación a la sexualidad de los adultos mayores. Además, se utilizaron medios audiovisuales para el registro de las sesiones del grupo focal.

De acuerdo con las características de Kirby (2007) y Noar (2007), se encontraron con las siguientes deficiencias: Se queda a nivel de propuesta pero no se lleva a cabo. Tiene deficiencias metodológicas. No involucra profesionales de la salud. No utiliza un marco lógico de referencia para determinar las actividades que se desean modificar y no se especifica el diseño de las actividades, tiempo, estrategias psicopedagógicas a utilizar y tampoco los temas que se abordarán en la sesión. La propuesta no es clara ya que no se menciona en qué aspectos de la sexualidad de los adultos mayores se van a enfocar, así como tampoco se centra en factores de riesgo o protección que afectan determinada conducta y además no se sabe si se realizaron todas las actividades propuestas para conocer si fue efectivo. Por otra parte, se pueden notar características a favor como son: Hay especificación de metas a cumplir. Con la ayuda de la conversación que se realizaron

al inicio, se puede decir que valoran las necesidades de la población y se pudo retomar los valores de las personas y finalmente, piden ayuda a las autoridades del Club.

Así mismo, Boundet (2010) realizó una intervención en el centro urbano “Abel Santamaría Cuadrado” perteneciente al Policlínico Universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba. El objetivo fue una intervención educativa para mejorar la salud sexual en los pacientes mediante las necesidades básicas de aprendizaje reales y sentidas de la población que sirvieron como motivación. La población estuvo constituida por 25 adultos mayores. Este estudio estuvo compuesto por una evaluación, una intervención y una post-evaluación (que se realizó 3 meses después de la última sesión). La fase de evaluación consistió en la caracterización de la muestra (variables sociodemográficas cualitativas y cuantitativas) y en la segunda el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje (variables cualitativas y dicotómicas). Dentro de la fase de intervención, se brindó información de las siguientes temáticas: Conociendo amigos, concepto de sexo, ancianos, ancianas y sexualidad, ser hombre y ser mujer en la ancianidad, familia, comunicación y soledad, asertividad y autoestima, respuesta sexual humana en ancianos y ancianas, mitos y prejuicios en relación con la sexualidad de ancianos y ancianas (no se especifica más datos de la intervención). Finalmente, los resultados arrojados en esta intervención fueron: la situación económica era regular, la mayoría tenían pareja estables, consideraban su estado de salud bueno y no presentaban sentimiento de soledad. Además, se observó que sólo 4 % de la muestra tenía conocimientos adecuados sobre los aspectos evaluados en el programa. Al finalizar la intervención se observó que todos los participantes se apropiaron adecuadamente de los conocimientos, lo cual fue verificado y evaluado 3 meses después de aplicado el programa y mediante las evaluaciones parciales de cada una de las sesiones impartidas (en el artículo no se mencionan cuáles fueron las variables que se retomaron en la evaluación inicial para contrastar con la evaluación final para poder decir que la intervención fue efectiva).

De acuerdo con las características que menciona Kirby (2007) y Noar (2007), se encontraron con las siguientes deficiencias: No involucra profesionales de la salud. No hay

una valoración de las necesidades de la población, si bien hay una evaluación inicial, no se especifica cuáles son las variables que se retoman y por lo tanto esto no permite saber si hubo cambios significativos después de la intervención. No utilizan un marco lógico y por lo tanto no especifica las metas a lograr, así como tampoco es claro el objetivo al utilizar adjetivos calificativos. No se especifica el diseño de las actividades, el tiempo, métodos pedagógicos a utilizar y que se realizó para reforzar factores de protección o disminuir factores de riesgo y no hay una prueba piloto antes de la implementación y finalmente, no se sabe si se aplicaron todas las sesiones propuestas en la intervención. Por otra parte, algunos de los aspectos positivos en esta intervención, son: Las temáticas que se abordaron están formuladas en secuencia lógica ya que están centradas en el tema de la sexualidad.

Seda, Colón y Argüelles (2010) realizaron una intervención en el Municipio de Holguín, Cuba. El objetivo fue contribuir a mejorar la educación sexual en la tercera edad. La población estuvo conformada por 371 adultos mayores de ambos sexos mayores de 60 años pertenecientes a los 32 consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia del Municipio de Holguín, Cuba. En la primera fase se realizó una entrevista individual en la que se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, mitos o prejuicios en la sexualidad, realización y frecuencia del coito, masturbación y factores que afectan la respuesta sexual. La intervención consistió en un programa de educación sexual para ancianas y ancianos, con duración de 8 semanas (una sesión semanal). Los resultados que se obtuvieron en la entrevista inicial, fueron: Algunos de los mitos que más prevalecen en los participantes son: *“La capacidad sexual del hombre requiere de una buena erección rápida y firme”*, *“La masturbación es dañina para el organismo”* y *“Con la menopausia se pierde la capacidad sexual”*. Otro factor es que hay un menor o nula actividad sexual que se ve influido por el estado de salud y solo 80 personas del total de la población mantienen relaciones sexuales. Finalmente, la disminución de la respuesta sexual se ve afectada por alguna enfermedad crónica como son la Cardiopatía Isquémica, seguida por el EPOC e Hipertensión arterial. Después de la intervención, se realizó la misma entrevista que se realizó al inicio y los resultados arrojados fueron cambios favorables en opiniones, tabúes o prejuicios debido a la adquisición de nuevos consentimientos. Sin embargo, se pudo observar que la creencia

de “*Se requiere de una erección rápida y firme en el hombre para lograr la capacidad sexual completa*” permaneció en los adultos mayores, específicamente en varones (En este estudio no se muestra el desglose de las variables retomadas en la entrevista).

De acuerdo a las características de Kirby (2007) y Noar (2007), se encontraron con las siguientes deficiencias: No utiliza un marco lógico de referencia que especifique las metas del taller, así como tampoco se menciona las actividades a realizar, el tiempo o recursos y por ende no se puede saber con exactitud si estas actividades fueron didácticas para poder involucrar a todos los participantes, mejorar factores de riesgo o crear factores de protección y tampoco se conocen los temas que se abordaron en la intervención para saber si hubo una secuencia lógica de estos. No menciona si se realizó una prueba piloto para conocer las dificultades que se presentaron en el taller, así como tampoco conocer las modificaciones que se le realizaron para que esté fuera efectivo. Finalmente, no se especifica si se realizaron las sesiones establecidas en la metodología. Sin embargo, se pueden notar características a favor, como: Involucra profesionales de la salud, que en éste caso son doctores de la clínica familiar. Antes de la intervención se realiza una entrevista para valorar las características de la población para poder enfocarse en las problemáticas por las que está pasando esta población (sexualidad).

Otro taller propuesto fue por Olivera y Bujardón (2010) al realizar una intervención educativa en la Policlínica Universitaria Tula Aguilera de Camagüey. El objetivo fue modificar las concepciones sobre sexualidad en adultos mayores. La población estuvo conformada por 50 personas, en un rango de edad de 60 a 69 años, todos los participantes fueron pertenecientes a la Policlínica Universitaria Tula Aguilera Camagüey, la selección de los participantes tuvo criterios de inclusión (Pertener al consultorio # 9 de la Policlínica Docente Universitaria Tula Aguilera, encontrarse en plena capacidad física y mental y aceptar participar en el estudio mediante el conocimiento informado) y de exclusión (que sus capacidades físicas y mentales no sean adecuadas y no desear participar en el estudio), así como también se tuvo como fuente primaria su historia clínica familiar. El desarrollo del taller se dividió en tres etapas: evaluación inicial, la intervención y

evaluación final. En la evaluación inicial se aplicó la escala geriátrica de evaluación funcional (para medir la capacidad física y mental) y posterior a este, se aplicó un cuestionario (edad, sexo, escolaridad, conocimientos y aspectos de la sexualidad, medio de obtención de esta información, importancia de la sexualidad, factores de riesgo y negativos que se tienen a la sexualidad, los factores negativos que influyen y las ventajas de tener una vida sexual). La etapa de intervención, consistió en la realización de actividades de educación (animación y participación), los temas abordados en el taller fueron: procesos de envejecimiento, diferencias entre sexo y sexualidad, sexualidad en el adulto mayor, cambios fisiológicos, psicosociales y etiológicos. Los resultados obtenidos después de la aplicación de post-evaluación, se observó que los adultos mayores no tenían conocimiento de su sexualidad, los factores que influyen en su sexualidad son sus enfermedades, falta de privacidad, preocupaciones e insatisfacción, así como también una incapacidad para la solución de los factores fisiológicos y patológicos que influyen en su sexualidad, sin embargo, al término del taller se aplicaron algunas estrategias para cambiar la concepción de la sexualidad. Por lo tanto, se puede decir que el taller no fue exitoso, al tener que volver a aplicar estrategias al término de la intervención.

De acuerdo con las características de Kirby (2007) y Noar (2007), se encontraron con las siguientes deficiencias: El taller no involucra una multiplicidad de personas con diversos enfoques, así como tampoco menciona si las personas fueron las adecuadas para impartir el taller. No está planteado desde un marco lógico y no se realizó una prueba piloto antes de la aplicación de este mismo. Con respecto al objetivo planteado del taller que es modificar las concepciones de la sexualidad en los adultos mayores, se puede ver que los temas abordados no son congruentes con éste, ya que, como se describe la etapa de la intervención fue meramente en brindar información, no hubo una interacción entre el facilitador y los participantes para que pudieran expresar sus concepciones de su sexualidad, lo cual se puede decir que no cubrió con las necesidades de la población meta, así como tampoco brindó habilidades conductuales para enfrentar la problemática mostrada en los resultados. Por otra parte, algunas de las cosas que fueron acertadas son: claridad de las actividades al mencionar el número de sesiones, sus objetivos en cada una de ellas, la

duración y en muy pocas se mencionan las técnicas utilizadas como son la animación, enseñanza tradicional y participación y también aborda temáticas enfocadas a la sexualidad de los adultos mayores, así como también ésta intervención tuvo tres fases básicas que son la evaluación inicial, intervención y evaluación final.

González (2012) diseñó una intervención Psico-educativa sobre la sexualidad en la tercera edad en el Hogar de Día - "Paseo de las Artes", desde un modelo Pedagógico grupal retomando las bases teóricas de Pichon Riviere (1985). Antes de realizar la intervención, se utilizaron técnicas como la observación participante y la entrevista abierta para conocer la distribución del hogar, a los participantes y saber si se hablaba de sexualidad en el lugar. La intervención estuvo constituida por 8 sesiones de aproximadamente 1 hora con 30 minutos (una sesión a la semana). Las temáticas que se abordaron, fueron: vejez, autoimagen, el cuerpo sexuado y como fuente de placer, sexualidad humana y erotismo, mitos sobre la sexualidad, vejez y sexualidad, pareja y familia. Algunas de las dinámicas que se realizaron para abordar las temáticas fueron: dar opiniones, actividades lúdicas, exposiciones, role playing, lecturas y videos. Finalmente, la evaluación estuvo constituida por una encuesta en la que los participantes daban su opinión de lo que les había parecido el taller y escribir en un papel lo que habían aprendido.

De acuerdo a las características de Kirby (2007) y Noar (2007), se encontraron con las siguientes deficiencias: No se realizó una prueba piloto para conocer las deficiencias que se presentaron a lo largo del taller y las mejoras que se le harían, así como tampoco hubo una evaluación al inicio y al final para conocer si el taller fue efectivo. Por otra parte, se puede ver que tiene características a favor, como: Involucra a un especialista en salud para impartir el taller (un psicólogo). Valora las características de la población mediante la observación participante y la entrevista a personal del hogar y a adultos mayores para conocer si el tema de sexualidad se habla en el lugar. Utiliza un marco lógico referencial de Pichon Riviere (1985). Tiene un diseño de actividades compatibles con la población, estas son, interactivas, involucra la participación de los integrantes del taller, especifica tiempo, objetivos a cumplir y los temas abordados están en secuencia lógica enfocados a la

sexualidad del adulto mayor. Finalmente, se ve apoyo por parte de las autoridades encargadas del Hogar para que se llevara a cabo el taller, además que se llevó a cabo todas las sesiones especificadas en la metodología.

Finalmente, Matas (2014/2015) diseñó una propuesta de intervención para personas de la tercera edad y sin embargo, no se llevó a cabo. El objetivo fue lograr una satisfacción sexual mayor entre parejas de la tercera edad. La población estuvo compuesta por 16 personas. Esta intervención tuvo como conformación por una evaluación inicial y una intervención. En la evaluación inicial se aplicó el cuestionario de satisfacción sexual “GRISS” (Rust y Golombok, 1986) para conocer su interés sobre el tema de la sexualidad, sus dificultades y su nivel de satisfacción sexual. Además, se realizó una entrevista no estructurada para saber su opinión, necesidades y datos de interés para la investigación. En la fase de intervención, se abordaron las siguientes temáticas: autoestima, comunicación asertiva, sexualidad en los adultos mayores (cambios anatómicos y fisiológicos) y mitos sobre la sexualidad de los adultos mayores. Las sesiones fueron programadas semanalmente con una duración de aproximadamente dos horas y con un descanso de 20 minutos a mitad de cada sesión, el total de sesiones programadas fueron 8. Algunos métodos didácticos que se plantearon fueron: brindar información, realizar actividades lúdicas, leer textos, opinión y ver videos. Finalmente, la evaluación final estuvo compuesta por una entrevista estructurada para valorar si se han cumplido los objetivos propuestos y para la propuesta de mejora en proyectos futuros.

De acuerdo con las características de Kirby (2007) y Noar (2007), se encontraron con las siguientes deficiencias: No involucra personal de la salud responsable para impartir el taller. No utiliza un marco lógico de referencia. Carece del apoyo de las autoridades para que este pueda ser probado, así como tampoco cuenta con parámetros para la selección de los participantes. Por otra parte, se pueden rescatar características a favor, como son: La propuesta es clara, se enfoca en la problemática que se plantea en los objetivos, la sexualidad de los adultos mayores. Respecto a las actividades están planteadas de una manera clara al especificar tiempo, métodos pedagógicos a utilizar y las temáticas que se

abordaron en las sesiones tienen una congruencia lógica de acuerdo a las necesidades de la problemática en la que se centra. Se puede ver como una prueba piloto, ya que establece una evaluación final para saber que modificaciones se le harían de acuerdo a las opiniones.

En resumen, las propuestas analizadas anteriormente con los criterios de Kirby, Roller y Wilson (2007) y Noar (2007) presentan una serie de anomalías como, no explican bajo qué teoría se sustentan, no se ha realizado una prueba piloto que compruebe la eficacia, carecen de un instrumento que evalúen los logros del proyecto, no se explica la duración de las sesiones, ni las actividades de cada una de ellas, los objetivos no son claros, algunos proyectos solo se enfocan a brindar solamente información, no los motivan y no brindan habilidades conductuales para que la población meta tenga una modificación en su conducta sexual y en algunos casos no se pudo contar con toda la información del proyecto, ya que estaban incompletos en línea.

4.3 Planteamiento del problema

La población que comienza a ser mayoría hoy en día, es la población de adultos mayores. Este aumento de población exige a los profesionales de la salud que comiencen a atender las problemáticas que envuelven a esta población y además conocer todo lo que implica las personas de la tercera edad. A pesar de ello, al buscar más información para conocer qué es lo que está pasando con esta población se ha detectado muy poca información de ello y solo se centra en explicar los cambios a nivel físico, orgánico que pueden sufrir, también les describe las principales enfermedades y cuidados para éstas. Sin embargo, hay un tema que se vuelve un tabú para esta población y este tema es la sexualidad en el adulto mayor. La sexualidad es parte de todos los seres humanos y está presente en todas las etapas de desarrollo, sin embargo, en la etapa de la vejez este tema se vuelve controversial, existen mitos, se tiene una mala información de ello, no se habla de ello o se desvaloriza.

Por ello, el presente trabajo está dirigido a la población de adultos mayores, ya que, que hoy en día es mayoría y en años futuros será la población que más habitará en México

y a pesar de ello no se toma en cuenta, está muy abandonada y carece de apoyo a nivel de profesionales de la salud. Este trabajo se centra en el tema de la sexualidad en el adulto mayor, debido a que el profesional de salud en ocasiones no aborda o evade esta temática y el propio adulto mayor carece de conocimientos al respecto. Aunado a esto, lo único que se ha encontrado con referencia a la sexualidad del adulto mayor es muy poco material y se centra en solo brindar información y no brindan herramientas para hacer frente a esta problemática como los estudios criticados anteriormente.

Por lo tanto, para dar solución a esta problemática y reparar las deficiencias de las intervenciones revisadas anteriormente, el objetivo de este trabajo es diseñar un taller dirigido a los adultos mayores centrado en su sexualidad y retomando los elementos de Kirby (2007) y Noar (2007). El diseño de la propuesta involucra profesionales de la salud, valora las características y necesidades de la población, está planteada desde un modelo lógico (Modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales por Fisher y Fisher, 1992) y como es una propuesta, por lo tanto, es una prueba piloto. En el contenido del programa se describen las metas, actividades y métodos de enseñanza, ya que cada sesión está diseñada bajo el modelo teórico IMB en el cual se brinda información de temas centrados en la sexualidad del adulto mayor y organizados en secuencia lógica (concepto de vejez, cambios físicos, psicológicos y sociales, autoestima, sexualidad en el adulto mayor y salud en el adulto mayor). Además, se motiva a los participantes mediante las actividades (participación, recursos audiovisuales, role playing, compartir experiencias o juegos lúdicos) que se realizan y que son compatibles con los valores de los participantes. Finalmente, se les dota de habilidades conductuales cómo generar un plan de vida, técnicas para aumentar la autoestima, uso correcto del condón masculino y femenino y conductas de prevención para la salud.

A continuación se expone la metodología que compone dicho taller.

4.4 Metodología propuesta para que se lleva a cabo el taller

Como respuesta a la problemática planteada, se propone un taller dirigido a los adultos mayores, el cual a continuación se describe los pasos que se siguieron para lograr desarrollar todo un programa de intervención. Así mismo, este taller contiene dos manuales, un manual dirigido a la persona o personas que impartirán el taller (Manual del facilitador) y un segundo dirigido a los participantes (Manual del participante). Se considera pertinente exponer esta secuencia para ser congruentes con los planteamientos ya señalados anteriormente para que un programa de intervención sea exitoso.

4.4.1 Participantes

Adultos mayores que se encuentren entre las edades de 65 a 75 años de edad de ambos sexos.

- **Criterios de inclusión:** Adultos Mayores de entre 65 y 75 años, interesados en el tema y que no presenten ninguna infección de transmisión sexual y que deseen participar.
- **Criterios de exclusión:** Que los participantes no estén interesados en el taller.

4.4.2 Escenario

Un salón con espacio suficiente para que se lleve a cabo el taller (20 participantes aproximadamente) con las siguientes características: sillas suficientes para los participantes, pizarrón, así como también deberá de contar con la ventilación e iluminación necesaria.

4.4.3 Materiales

En la tabla 4 se muestran los materiales que se requieren para el taller.

Tabla 4.
Materiales para el taller “Con amor hasta el final.”

Nombre	Cantidad	Marca	Presentación
Fichas bibliográficas blancas.	20	BOB	Piezas
Seguros.	20	Sin marca	Piezas
Sillas de plástico.	22	Sin marca	
Hojas blancas.	200	Scribe	Paquete
Gomas de migajón.	10	Fantasy	Piezas
Sacapuntas.	10	Papermate	Piezas
Lápices.	20	Papermate	Piezas
Paletillas de cartón.	20	Sin marca	
Espejo.	1	Sin marca	Pieza
Condomes masculino de látex.	50	Cualquiera	Piezas
Condón femenino.	2	Cualquiera	Pieza
Modelo de pene.	1	Sin marca	Pieza
Modelo de vagina.	1	Sin marca	Pieza

Fotocopias

5 copias a color de “Coctel de frutas.”

60 copias de la “Escala de conocimientos sobre sexualidad en la vejez.”

40 copias del “Inventario de actitudes hacia la

sexualidad.”

40 copias de “Encuesta Estudiantil sobre salud sexual.”

20 copias de “Nuevas cosas por hacer.”

1 copia de “Yo opino”

1 copia de “Mitos y realidades”

20 copias de “Frente al espejo”

20 copias de “Vistiendo al muñeco”

80 copias a color de “Juntando parejas”

1 copia de “Ahora lo hago yo”

Fuente: Elaborada por la autora de este trabajo.

4.4.4 Definición de variables e instrumentos

Se utilizarán 3 instrumentos, uno para evaluar información, otra para la motivación y el último para las habilidades. A continuación se describen cada uno de ellos.

Para conocer los conocimientos, se empleará la “Escala de conocimientos sobre sexualidad en la vejez” de White (1982). Este evalúa los conocimientos de sexualidad en los adultos mayores. El instrumento está compuesto por 31 ítems, con opciones de respuestas (Verdadero, Falso y No sé). Cabe mencionar, que la estructura y el vocabulario de la escala fue modificado por la autora de este trabajo.

Para la motivación, se utilizará el “Inventario de Actitudes hacia la Sexualidad” de Fisher y Hall (1998), el cual está constituido por 28 ítems que se han enumerado

independientemente para facilitar su posible aplicación por separado. Se reparten en dos áreas, que son: Área de Liberalismo (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) y Área Conservadora (ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28). Asimismo, las respuestas para cada ítem se valoran de 0 a 5 puntos. Cada ítem está compuesto por las siguientes respuestas: Completamente de Acuerdo, Bastante de Acuerdo, Opinión intermedia Bastante en Desacuerdo, Completamente en Desacuerdo. En cada una de las áreas su puntuación se puede obtener un puntaje mínimo de 1 y un máximo de 60. La suma total de la puntuación de cada escala área se obtiene un puntaje general un puntaje que oscila entre cero y 140. Además, la estructura de la escala y fue modificado por la autora de este trabajo, así como también modificó el vocabulario técnico por uno más simple.

Finalmente, para conocer las habilidades conductuales, se adaptó la “Encuesta Estudiantil Sobre Salud Sexual” de Robles, Díaz, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso y Rodríguez (2011), de esta escala, solo se retomó el apartado de “*Comunicación con la pareja*”, el cual está compuesta por 10 reactivos que indican distintos temas de sexualidad: tener relaciones sexuales, aborto, infecciones de transmisión sexual, consumo de alcohol, uso de drogas, uso de pastillas anticonceptivas, VIH/SIDA, condón masculino y condón femenino. Todos los reactivos tienen un formato de respuesta es escala tipo Likert con valores de 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (algunas veces), 4 (casi siempre) y 5 (siempre). Además se retomó “*Actitudes hacia el uso del condón*” constituido por 2 ítems, cada uno con formato de respuesta diferencial semántico, con valor de 1 (muy negativo) a 7 (muy positivo).

4.4.5 Variables de interés

- *Variables independientes:* Modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher y Fisher, 1992). Características del facilitador, propuesta del taller, contenido, duración de las actividades.
- *Variables dependientes:* Conocimientos de la Sexualidad de los adultos mayores. Actitudes hacia la sexualidad y habilidades conductuales.

- *Variables de comparación: Sexo.*

4.4.6 Diseño

Se sugiere que se emplee un diseño “pretest-postest” con intervención. La pre-evaluación tiene como objetivo detectar el nivel de conocimiento que poseen los participantes.

La intervención será un taller compuesto por 7 sesiones, cada una de estas con duración de aproximadamente 1 hora con 30 minutos, en las cuales se abordarán los siguientes temas: Definición de vejez, cambios físicos, psicológicos y sociales en la vejez, definición de sexualidad en la vejez (erotismo, placer, calidad de vida, relaciones sexuales y los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan a esta), uso correcto del condón (como un método de prevención de ITS y VIH/SIDA y para estimulación) y enfermedades que afectan la intimidad de los adultos mayores. Lo anterior, está diseñado bajo las características que menciona Kirby (2007) y bajo el modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher y Fisher, 1992).

Finalmente, la post-evaluación permitirá conocer si la intervención del taller tuvo algún efecto en los participantes y si el diseño del programa es el adecuado.

4.4.7 Procedimiento

Para lograr los objetivos del presente trabajo, se sugiere que se lleven a cabo las siguientes fases:

Fase 1: Diseño *del protocolo de investigación*: En esta fase se planeó la elaboración de una propuesta piloto, compuesto por cartas descriptivas, un manual para el facilitador y otro para el participantes y finalmente se realizó el protocolo para realizar el registro en la coordinación de la carrera.

Fase 2: *Redacción*: Redacción del manual para el facilitador y el manual para el participante. Redacción de cuatro capítulos que forman parte del marco teórico (1: Vejez; 2: Sexualidad en los adultos mayores; 3: Psicología de la salud y 4: Programas de intervención en la sexualidad de los adultos mayores). Y se estructuró las cartas descriptivas donde se especifica cada una de las actividades que se deben de realizar en las sesiones que componen a este taller.

Fase 3: Taller “*Con amor hasta el final.*” Esta fase está a su vez dividida en tres etapas:

- *Etapas de Pre-evaluación*: Se aplicará 3 instrumentos. Uno para medir el conocimiento de la sexualidad (“Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez” White, 1982), un segundo para medir la motivación (“Inventario de Actitudes hacia la Sexualidad” Fisher y Hall, 1998) y un último para conocer las habilidades conductuales (“Encuesta estudiantil sobre Salud Sexual” Robles, Díaz, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso y Rodríguez, 2011). Esto va permitir al facilitador identificar los puntos en los cuales hay que hacer mayor énfasis.
- *Etapas de intervención*: Se diseñaron 7 sesiones con base al modelo IMB y las temáticas son:

***Sesión 1: “Socializando”**

- Actividades lúdicas para la integración del grupo y el facilitador.
- Aplicación de pre-evaluación.
- Presentación de taller y repartición de manuales.

***Sesión 2: “Nuestros cambios”**

- Definición de vejez.
- Cambios Físicos, psicológicos y sociales en la vejez.
- Autoestima

***Sesión 3: “Aún somos seres sexuales”**

- Definición de sexualidad.

- Conceptos que conforman la sexualidad.
- Relaciones sexuales en los adultos mayores (cambios fisiológicos, psicológicos y sociales).

- Comunicación asertiva.

***Sesión 4: “Nuevas sensaciones”**

- Historia del condón.

- Uso correcto del condón masculino y femenino.

***Sesión 5: “De paseo”**

- Visitar una sex shop.

***Sesión 6: “El diagnóstico solo es una palabra”**

- Definición de enfermedad crónica degenerativa.

- Enfermedades crónicas que afectan la intimidad de los adultos mayores.

***Sesión 7: “Hasta pronto”**

- Post-evaluación.

- Cierre del taller.

- *Etapa de Post-evaluación:* Se aplicarán los mismos 3 instrumentos que se utilizaron en la pre-evaluación.

4.4.8 Propuesta para el análisis de resultados

Se les sugiere a los facilitadores que lleven a cabo este taller que para las variables que están en una escala de intervalo o razón, se utilizará: “t de student”, y para las variables que estén en una escala nominal, se utilizará: “Chi cuadrada”.

5. CONSIDERACIONES FINALES

La sexualidad en la vejez es poco conocida y mal entendida por la sociedad, por los propios ancianos y por los profesionales de la salud a los que acuden las personas de edad avanzada con problemas y dudas al respecto. Además, existe el mito que los ancianos ni están interesados, ni son capaces de comprometerse con la actividad sexual cambia gradualmente, no obstante, aún está lejano el día en que se alcance un conocimiento completo de la sexualidad geriátrica. Hasta hace poco, se creía que el contacto sexual era de esperarse en los adultos jóvenes, pero era anormal cuando lo deseaban los ancianos (Weg, 1999 citado en González, Núñez, Hernández y Bentancourt, 2005).

Los prejuicios sociales y la ignorancia llevan a muchos profesionales de la salud, al propio individuo y a la familia a evitar el tema de la sexualidad en los adultos mayores. Durante años, la sexualidad en los adultos mayores fue catalogada como una aberración; sin embargo, cada vez parece más clara y aceptable que la función y la satisfacción sexual son deseables y posibles en la mayoría de ellos. No obstante, en la actualidad muchas de las insatisfacciones sexuales no son referidas y en consecuencia no son diagnosticadas ni tratadas correctamente (Pagola, 1999 citado en González et al., 2005). Esto se puede deber a que hay muy pocos programas centrados en dar solución a esta problemática, además que los propuestos son muy deficientes.

Expertos en el área como Kirby, Rolleri y Wilson (2009) y Noar (2007) mencionan que para que un programa de intervención sea efectivo necesita tener ciertas características que permitan a los adultos mayores realizar diversas conductas preventivas. Sin embargo, los estudios revisados se encontró que no explican bajo qué teoría se sustenta el taller (Correa, Díaz y Bermedo, 2005; Boundet, 2010, Seda, Colón y Argüelles, 2009; Olivera y Bujardón, 2010; González, 2012; Matas, 2014/2015), no se realizó una prueba piloto para comprobar la eficacia del proyecto (Correa, Díaz y Bermedo, 2005; Boundet, 2010, Seda,

Colón y Argüelles, 2009; Olivera y Bujardón, 2010; González, 2012; Matas, 2014/2015), carecen de un instrumento que evalúa los logros obtenidos del proyecto (Correa, Díaz y Bermedo, 2005; Boundet, 2010, Seda, Colón y Argüelles, 2009; Olivera y Bujardón, 2010; González, 2012; Matas, 2014/2015), no se explica la duración de las sesiones, ni las actividades para cada una de éstas (Correa, Díaz y Bermedo, 2005; Boundet, 2010, Seda, Colón y Argüelles, 2009; Olivera y Bujardón, 2010; González, 2012; Matas, 2014/2015), los objetivos no son claros (Correa, Díaz y Bermedo, 2005; Boundet, 2010, Seda, Colón y Argüelles, 2009; Olivera y Bujardón, 2010; González, 2012; Matas, 2014/2015) y en algunos casos no se pudo contar con toda la información completa, ya que no estaban disponibles en línea.

Como se pudo observar, son muy pocos los autores que se han interesado por esta población, así como también abordar el tema de la sexualidad en los adultos mayores, por ello, se propone el taller “*Con amor hasta el final*”, que intenta dar solución a esta problemática, ya que se ha visto que las propuestas que hay se centran en solo brindar información, dejando de lado aspectos importantes que complementen su taller y puedan ser eficaces. Esta propuesta se ha planeado bajo los lineamientos que plantean Noar (2007) y Kirby, Roller y Wilson (2007) como son que cada teoría tiene sus fortalezas y debilidades, valorar las necesidades y cualidades de cada grupo, diseñar las actividades con relación a las características de las comunidades, tener una prueba piloto, tener fuentes literarias, emplear actividades y métodos didácticos, emplear una secuencia lógica o tener un instrumento para evaluar el taller (entre otros).

El taller “*Con amor hasta el final*”, cumple con los requisitos establecidos por los autores mencionados anteriormente. Se está planteando desde un modelo teórico, se tomó en cuenta a la población a la que va dirigida (adultos mayores), por lo que las actividades, el tiempo y la información se adaptaron a esta población, asimismo se plantean diversas actividades que ayuden a cumplir con los objetivos planteados, el lenguaje se adecua a la población, por mencionar algunas. Adicionado a este taller, se realizó un manual para el facilitador y otro para el participante. Ambos están divididos por sesiones, así como

también al final de cada sesión se encuentran fuentes de información, páginas web y números telefónicos de instituciones públicas, esto con el objetivo de que el facilitador y los participantes puedan buscar para conocer más acerca de los temas revisados en las sesiones.

Cabe señalar que cada una de las sesiones del taller, se diseñaron tomando en cuenta los tres elementos que conforman el modelo propuesto por Fisher y Fisher (1992) denominado Información, Motivación y Habilidades Conductuales. En cada sesión, se proponen actividades que dan cuenta del primer elemento brindar información (el facilitador da una presentación de lo que implica el concepto de sexualidad y la sexualidad en los adultos mayores), se propusieron otras actividades para motivar a los adultos mayores (actividades lúdicas) y finalmente se proponen actividades en donde los adultos mayores tienen que aprender a hacer cosas dirigidas hacia su sexualidad (enseñarles cómo tener una comunicación asertiva y puedan expresar aquello que sienten, piensan y quieren).

Adicionalmente, se elaboraron dos manuales, uno para el facilitador y otro para los participantes. El “manual del facilitador” se encuentran descritas cada una de las actividades planteadas de forma detallada y precisa, también explica los materiales que se utilizarán a lo largo de las sesiones, de igual forma se recomiendan algunos materiales literarios, páginas web y números telefónicos de instituciones públicas que han sido cotejados y están vigentes, esto con el objetivo de que el facilitador pueda buscar más información o pueda pedir apoyo de información a las instituciones descritas.

Como apoyo extra para los asistentes está el “manual del participante” el cual contiene información sobre las temáticas abordadas en cada una de las sesiones, el contenido está redactado de una forma amena para el lector y se complementa (al igual que el manual del facilitador) con recomendaciones de libros, páginas web, las cuales fueron corroboradas y pueden brindar información científica, de igual forma cuenta con números telefónicos vigentes y confirmados con los cuales los participantes se pueden poner en contacto con expertos que también pueden solucionar sus dudas.

Los instrumentos de evaluación que se proponen para esta población son el instrumento elaborado por White (1982) *“Escala de conocimientos sobre sexualidad en la vejez”*, el *“Inventario de Actitudes hacia la Sexualidad”* de Fisher y Hall (1998) y de la *“Encuesta Estudiantil Sobre Salud Sexual”* de Robles, Díaz, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso y Rodríguez (2011) se retomaron solo los apartados de comunicación con la pareja y actitudes hacia el uso del condón. Estos tres instrumentos serán aplicados al inicio del taller y al finalizar este para conocer si con la intervención se obtuvo algún cambio en la perspectiva de lo que implica la sexualidad de los adultos mayores, se sientan motivados para hacer algo con referente a su sexualidad, así como también contar con habilidades conductuales para que los adultos mayores puedan continuar disfrutando de su sexualidad.

Para la aplicación de este taller se recomienda que los facilitadores sean psicólogos preparados y expertos en los temas que se van a tratar. Tiene que ser personas con habilidades sociales, con facilidad de palabra, dinámicos, confiables y que puedan manejar grupos. De igual forma, se pide que el facilitador utilice palabras o términos que sean fáciles de entender por los asistentes. También tiene que tener contacto visual con cada uno de los participantes, sin fijar su mirada en alguno de ellos en particular y por último, el facilitador debe de estar dispuesto a aclarar cada una de las dudas que surjan a lo largo de las sesiones por lo cual se tendrá que documentar con anticipación y en caso de que no conozca la respuesta alguna duda, será necesario que el facilitador la investigue para que en la siguiente sesión de respuesta.

Aunado a esto, se tiene que tomar en cuenta que la población hacia la que va dirigido este taller, son personas de la tercera edad y muchas veces no tienen facilidad de usar una computadora para buscar más información de algún tema de interés y para ello se recomienda que el facilitador pueda brindar algún CD con libros y artículos grabados o mejor aún con audiolibros de superación personal o incluso de los temas que se revisan en las sesiones o artículos breves de revistas que hablen de las temáticas abordadas en el taller para que ellos puedan aclarar sus dudas o simplemente para que poseen información certera y confiable.

Por otra parte, esta propuesta resulta novedosa, ya que en primer lugar va dirigida a una población que no se toma en cuenta (adultos mayores) y que con el paso de los tiempos, la población que será mayoría, serán los adultos mayores. En segundo lugar, el tema de sexualidad en el adulto mayor es un tópico que está muy permeado por mitos que ha generado la sociedad debido a la falta y mala información que se divulga con respecto al tema de la sexualidad. En tercer lugar, se han encontrado muy pocas intervenciones para esta población y escasos centrados en la sexualidad de los adultos mayores. En cuarto lugar, para el desarrollo de esta propuesta se tomaron en cuenta las características de Kirby (2007) y Noar (2007) para que una intervención se exitosa, tomando como primer punto que se debe partir desde un modelo teórico, que en este caso es el IMB (Fisher y Fisher, 1992) con el cual se ha visto que se obtienen resultados favorables. En quinto lugar, las temáticas abordadas en este taller, son relevantes para los adultos mayores, ya que, son cosas que afectan su autoestima, su calidad de vida y sus actividades cotidianas, entonces con una buena intervención, esto va a favorecer la autoestima y con ello va a mejorar su calidad de vida.

Finalmente, se puede concluir que esta propuesta puede ser de interés para instituciones centradas en la atención de los adultos mayores, así como también puede resultar un reto para los futuros aplicadores de este taller. Sin embargo, el trabajo con los adultos mayores es muy gratificante, ya que esta población es muy flexible, sólo se necesita que los aplicadores tengan un vocabulario adecuado a esta población, tengan capacidad de manejo de grupo y paciencia y el taller será un éxito y se cumplirán los objetivos establecidos.

REFERENCIAS

- Abad, M. (s.a). Sexualidad saludable en el envejecimiento. *Instituto Universitario Investigación Envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.um.es/documents/1711782/1714101/tema14.pdf/2c336c2d-af2f-4d26-97c9-82c3a23ec49e>
- Alcalde, C., Marchena, E. y García, M. (2007). Una estrategia de autoconcepto en la vejez. *Universidad de Cádiz*. Recuperado de: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/comun/c10.html>
- Alonso, J., Martínez, B., Díaz, M. y Calvo, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista Mult Gerontol*, 14 (3), 150-157. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/sexualidadalonsoycols.pdf>
- Anguiano, S. (2006). Psicología y Salud. Conferencia de Salud. En S. Anguiano, *Antología de Psicología Clínica Teórica IV* (pp.1-18). México: UNAM, FES Iztacala.
- Aragó, J. (s.a). Aspectos Psicosociales de la senectud. En: Carretero, M., Palacio, J. y Marchesi, A. (Comps). (1985). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bazargan, M. y West, K. (2006). Correlates of the Intention to Remain Sexually Inactive Among Underserved Hispanic and African American High School Students. *Journal of School Health*, 76 (1), 25-32. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16457682>

- Bermúdez, M., Herencia, A. y Uribe, A. (2009). Versión fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 587-598. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511929013>
- Boudet, R. (2010). Intervención educativa sobre salud sexual en ancianos y ancianas del Centro urbano "Abel Santamaría Cuadrado". *MEDISAN*, 14 (4), 447-452. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n4/san05410.pdf>
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), 91-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>
- Callís, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC*, s.v (2), 30-44. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1813/181322257004.pdf>
- Carballo, S. (2002). Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Revista Educación*, 26 (1), 29-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44026104>
- Cárdenas, A. y López, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13 (3), 528-540. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219910014>
- Cardozo, I. y Rondón, J. (2014). La Salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 1079-1107. Recuperada de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>

Castanedo, C. y Sarabia, C. (s.a). Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al envejecimiento. *Universidad de Cantabria*. Recuperado de: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>

Cerquera, A., Galvis, M. y Cala, M. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6 (2), 73-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788009>

Cornachione, M. (2016). *Vejez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Argentina: Editorial Brujas.

Correa, B., Díaz, S. y Bermedo, S. (2005). *Sexualidad de los adultos mayores*. Programa de Diplomado en Salud Pública y salud Familiar. Recuperado de: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/Osorno%202005/Sexualidad%20de%20los%20adultos%20mayores.pdf>

Corujo, E. y Guzmán, D. (2007). Cambios más relevantes y peculiares de las enfermedades en el anciano. En: Antón, M. (Ed), *Tratado de Geriatria para Residentes*, Cap. 3 (pp. 47-58). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Recuperado de: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2003_I.pdf

Döring, M. (2007). Un nuevo enfoque de la vejez. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, s.v (62-63), 193-210. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348721010>

- Durán, D., Valderrama, L., Uribe, A y Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Psicología Evolutiva y Diferencial*, 7 (1), 263-270. Recuperado de: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N0118.PDF>
- Enríquez, D., Sánchez, R. y Robles, S. (2011). Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual. En: Díaz, R. y Robles, S. (Eds.), *Salud y sexualidad*, Cap. 2 (pp. 49-84). Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Erikson, E. (1981). *La adultez*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Esguerra, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances de Enfermería*, 25 (2), 124-140. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a12.pdf>
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A. y Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behaviour Change Intervention for Inner-City High School Youth. *American Psychological Association, Inc*, 21 (2), 177-186. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950108>
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España.
- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *Revista CES Psicología*, 1 (1), 70-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539527008.pdf>

- Gómez, M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia: Avances en la Disciplina*, 1 (2), 159-179. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996003.pdf>
- González, R., Núñez, L., Hernández, O. y Betancourt, M. (2005). Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. *Archivo Médico de Camagüey*, 9 (4), 2-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117887007.pdf>
- González, S. (2012). *Sexualidad en la tercera edad: Un espacio para reflexionar sobre los placeres de la cama en cabezas llenas de canas*. Manuscrito inédito, Licenciatura en Psicología, Universidad empresarial. Siglo XXI, Argentina. Recuperado de: https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10761/Sexualidad_en_la_Tercera_Edad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gutiérrez, L. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 5 (19), 125-147. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201908.pdf>
- Hernando, M. (2005). Sexualidad y efectividad en la vejez. En Giró (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*, Cap. 3 (pp. 63-80). España: Universidad de la Rioja.
- Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿Mito o realidad?. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 68 (2), 150-162. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000200011&script=sci_arttext

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIH). (2002). *La Sexualidad en la edad avanzada*. Recuperado de: <https://www.nia.nih.gov/health/sexualidad-edad-avanzada>

Instituto Valenciano de Psicología Sanitaria (IVAPSAN). (2015). *La sexualidad en la vejez: aspectos psicológicos*. (Blog). Recuperado de: <http://psicologosanitariovalencia.com/la-sexualidad-en-la-vejez-ii-aspectos-psicologicos/>

Jaworski, B. y Carey, M. (2001). Effects of a brief, theory-based STD-Prevention. program for female college students. *Journal of Adolescent health, 29* (6), 417-425. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2423731/>

Kalra, G., Subramanyam, A. y Pinto, C. (2011). Sexuality: desire, activity and intimacy in elderly. *Indian Journal of Psychiatry, 53* (4), 300-306. Recuperado de: <http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2011;volume=53;issue=4;spage=300;epage=306;aulast=Kalra>

Kirby, D., Lori, A. & Wilson, M. (2007). *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and std/hiv Education Programs*. Washington: Healthy Teen Network.

Leyva, J. (2008). La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. *Index de Enfermería, 17* (2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010

- Libertad, A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3), 275-281. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu12303.pdf
- Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29 (3), 223-232. Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/608/66>
- López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Salamanca: Ediciones Pirámide.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educación Salud* 3 (1), 28-33. Recuperado de: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
- Matas, R. (2014/2015). Proyecto de intervención socioeducativa: mejora de la satisfacción sexual en la tercera edad en el centro de participación activa del zaidín. (Trabajo de fin de grado). *Universidad de Granada*. Granada. Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/40332/1/MATAS_CORDOBA_RAQUEL.pdf
- Matellanes, B., Montero, J., Montero, J. y Díaz, U. (2010) *El proceso de envejecer: una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial*. España: Universidad de Deusto Editorial.
- Martí, V. J. (2016). Enfermedades de transmisión sexual en personas mayores (Blog). Recuperado de: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/enfermedades-de-transmision-sexual-en-personas-mayores>

- Martínez, M. (2003). La importancia de la familia y la escuela en la educación sexual de niños y jóvenes (Blog). Recuperado de: <http://biblioteca.ajusco.upn.mx/pdf/21367.pdf>
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C. y Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5/6), 353-361. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
- Montes, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14 (5), 73-107. Recuperado de: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/viudez_soledad_sex.pdf
- Morales, A., Rosas, G., Yarce, E., Paredes, Y., Rosero, M. y Hidalgo, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colombiana*, 41 (1), 21-28. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/v41n1a06.pdf>
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M. y Díaz, E. (2007). Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/SIDA desde la perspectiva interconductual. En: Robles, S. y Moreno, D. (Eds.). *Psicología y salud sexual*, (pp.43-62). Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (1), 91-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>

- Morris, M. (2000). Sexuality among Older Women. *Journal of womens health and gender based medicine*, 9 (1), 15-20.
- Nieva, R., Velasco, J., Andrade, H., Rodríguez, C., González, A. y Mendoza, M. (2010). Expresión de la conducta sexual en adultos mayores usuarios de una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 17 (11), 22-23. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2010/af101f.pdf>
- Noar, S. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care*, 19 (3), 392-402.
- Núñez, M. (s.a). *Sexualidad y Efectos en la vejez*. Recuperado de: <http://www.psicologiaysexologia.org/wp-content/uploads/2011/02/SEXUALIDAD-Y-AFECTOS-EN-LA-VEJEZ.pdf>
- Oblitas, L. (2008a). Psicología de la Salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances de Psicología*, 16 (1), 9-38. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Oblitas, L. (2008b). El estado del arte de la Psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26 (2), 218-254. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>
- Olivera, C. y Bujardón, A. (2010). Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor. *Revista Humanidades Médicas*, 10 (2), 1-22. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000200006

- Olvera, J. y Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (4), 149- 158. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol11No4Art9.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Ginebra: OMS. Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Orihuela, J., Gómez, M. y Fumero, M. (2001). Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida. *Revista Cubana de medicina General Integral*, 17 (6), 545-547. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi06601.pdf
- Orozco, I. y Rodríguez, D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*, 8 (1), 3-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/314/31480101.pdf>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135 (s.n), 647-652. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

- Osuna, J. (2005). Sobre la vejez. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 3 (2), 1-5. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540017001>
- Papalia, S. (2009). *Desarrollo del Adulto y Vejez*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Peterson, J., y DiClemente, R., (2000). *Handbook of HIV Prevention*. Kluwer Academic/Plenum. New York.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-679. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750319.pdf>
- Porter, M., Vandervoort, A. y Lexell, J. (1995). Ageing of human muscle: structure, junction and adaptability. *Sacnd, J. Med. Sci. Sports*, 5 (s.n), 129, 142.
- Prieto, S. (2006). La sexualidad de las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, s.v (57), 1-14. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf>
- Quevedo, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado*, 10 (2), 70-79. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11 (s.n), 47-56. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la comunicación*, 4 (1), 123-140. Recuperada de: https://www.researchgate.net/publication/277273859_Comunicacion_en_salud_Conceptos_y_modelos_teoricos
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22 (1), pp. 60-71. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16722108>
- Rodríguez, C. (2008). La sexualidad en el anciano. *INEFOC*. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/sexualidadrodriguezbenito.pdf>
- Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento* (Documento de investigación No. 12). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Recuperado de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Rodríguez, M., Frías, I., y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En: J. Orozco, C. Peña y Q. Calleja (Eds.). *Ciencias Biomédicas Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.
- Salamanca, A. y Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2 (2), 185-202. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815140.pdf>
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis doctoral). Universidad de

- Málaga, Málaga. Recuperado de:
<http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>
- Santos, N. (2010). Factores personales y sociales que influyen en la sexualidad del adulto mayor del centro adulto mayor de salud de vitarte. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, 3 (1), 1-9. Recuperado de:
https://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IX%202010/8-Factores_Sexualidad.pdf
- Seda, L., Colón, L., Argüelles, G. (2010). Intervención en la conducta sexual del adulto mayor. Holguín. Enero-Diciembre 2009. *Ciencias Holguín*, 16 (4), 1-11. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1815/181520804006.pdf>
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behavior in female university students. *AIDS care*, 15 (1), 71-76.
- Stuardo, V. y Gajardo, J. (2016). Adulto mayor y VIH: más allá de la percepción de riesgo. *Revista Médica de Chile*, s.v (144), 1365-1368. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n10/art20.pdf>
- Tagle, C., Cortés, P. y Vergara, A. (2006). Sexualidad y afectividad en el adulto mayor. *Programa de Diploma en Salud Pública y Salud Familiar*, 1-14. Recuperado de:
- Trudel, G., Turgeon, L. y Piche, L. (2000). Marital sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (4), 381-406.

Tulloch, H; McCaul, K; Miltenberger, R y Smyth, J. (2004). Partner Communication Skills Condom Use Among College Couples. *Journal of American College Health*, 52 (6), 263-267. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15134100>

Willert, A. y Semans, M. (2000). Knowledge and attitudes about later life sexuality: what clinicians need to know about helping the elderly. *Contemporary Family Therapy*, 22 (4), 415-435. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007896817570>

Wong, L., Álvarez, Y., Domínguez, M. y González, A. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Revista Médica Electrónica*, 32 (3), 1-5. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v32n3/spu11310.pdf>

World Health Organization (WHO). (2018). *Ageing and life course*. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/en/>

Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5 (19), 23-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CARTAS

DESCRIPTIVAS

Taller: “Con amor hasta el final.”

Sesión: 1

Tema de la Sesión: “Socializando.”

Duración: 1 hora con 30 minutos.

Facilitador: Yessica De León Parada.

Fecha:

Objetivo de la sesión: Generar un ambiente de trabajo sano para el abordaje de las temáticas en el taller.

Horario	Objetivo Particular	Actividad	Materiales	Tiempo	Descripción
	El facilitador se presentará ante los participantes y se dará a conocer la metodología que compone el taller.	“Yo soy y estoy aquí.”	-Presentación en Power Point.	10”	El facilitador tendrá su presentación proyectada en el pizarrón, la cual deberá tener de contenido: nombre completo, procedencia, gustos del facilitador, también, deberá tener la presentación del taller con objetivos, actividades en general, horarios. Al finalizar esta presentación, el facilitador deberá agradecer su presencia y ponerse a sus órdenes para cualquier duda.
	Conocer a las personas que van a conformar el grupo.	“Cocktel de frutas.”	-20 tarjetas con nombres de frutas (Anexo 2.1).	10”	Cada integrante del grupo tendrá una ficha con el nombre de alguna fruta. Después deberán formar un círculo. Un vez que hayan formado el círculo, comenzarán a

			-20 seguros de color plata o dorado de 2 cm aproximadamente.		<p>caminar en diferentes sentidos, pasados unos segundos, el facilitador dirá: -Quiero un cocktail fresa, piña y melón- y las personas que tengas el nombre de la fruta irán al centro del salón y se presentarán. Tendrán que proporcionar la información que dé respuesta a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuál es su nombre?, ¿Cuántos años tiene?, ¿Qué le gusta hacer? y ¿Qué le disgusta hacer?</p>
	Convivir con los integrantes el grupo mediante una actividad lúdica.	“La última es la primera.”	<p>- 20 Sillas.</p> <p>-1 disco de música que el ganador elija (el facilitador deberá preguntar qué disco le gustaría y el facilitador se lo dará la siguiente sesión).</p>	10”	<p>Los integrantes deberán estar sentados formando un círculo. La persona que inicie el juego deberá de decir cualquier palabra y la siguiente persona deberá decir otra palabra, pero con la última letra que termina la palabra, por ejemplo: Corazón, Niño, Oso.</p> <p>El tiempo límite para cada persona será de 10 segundos, no se tiene que repetir ninguna</p>

					palabra, si las personas no cumplen con los requisitos, tendrá que abandonar el círculo y esperar hasta que terminé el juego y la persona que gane ganará un frasco de galletas.
	Conocer el nivel de información que tienen los participantes con respecto a su sexualidad”.	“Pre-evaluación.”	<p>-20 juegos de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez” (Anexo 2.2.)</p> <p>-20 juegos del “Inventario de actitudes hacia la sexualidad”(Anexo 2.3)</p> <p>-20 juegos de “Encuesta estudiantil sobre salud sexual” (Anexo 2.4).</p> <p>-20 Lápices (de cualquier número).</p>	50”	El facilitador le proporcionará a cada participante un juego de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez”. Y les pedirá que lo lean con atención y lo contesten sin consultar a sus compañeros, se les explicará que la información es confidencial (únicamente el facilitador tendrá acceso a la información). Conforme vayan acabando de contestar el instrumento, el facilitador proporcionará el “Inventario de actitudes hacia la sexualidad” y finalmente el de “Comunicación con la pareja y uso del condón.”

			-10 gomas. -10 sacapuntas.		
	Entregar los manuales dirigidos a los participantes y explicar su uso.	“Mi guía.”	-20 Manuales para el participante (Anexo 4).	5”	Se entregarán los manuales dirigidos a los participantes, se explicará brevemente su uso.
	Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.	“Hasta mañana.”	-Buzón de dudas.	5 min.	El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les de pena expresar en ese momento, éstas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Taller: “Con amor hasta el final.”

Sesión: 2

Tema de la sesión: “Nuestros cambios.”

Duración: 1 hora con 30 minutos.

Facilitador: Yessica De León Parada.

Fecha:

Objetivo de la sesión: Identificar los cambios que se presentan en la etapa de la vejez.

Horario	Objetivo Particular	Actividad	Materiales	Tiempo	Descripción
	Dar a conocer los cambios más significativos en la etapa de la vejez.	“Los verdaderos cambios.”	-Presentación en Power point (Conferencia 1)	30”	El facilitador dará una conferencia para dar a conocer los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan en la vejez.
	Conocer la opinión de los adultos mayores con referencia los cambios que se presentan en la etapa de la vejez.	“Él o ella debería hacer...”	Caso hipotético (Anexo 2.5).	10”	El facilitador leerá a los participantes el caso del señor Rogelio. Después de que los participantes conozcan el caso, ellos comentarán qué harían si ese fuera su caso.
	Reconocer los cambios que han presentado los adultos mayores.	“Yo noté que cambie en...”	-Ninguno.	10”	Los participantes deberán formar dos filas mirándose de frente. Una vez que estén de frente comenzarán a compartir cómo vivieron los cambios físicos, psicológicos y

					sociales con su compañero que está en frente. Cuando el facilitador dé un aplauso, los participantes deberán rotar a su derecha. La actividad finalizará cuando todos los participantes hayan compartido sus cambios.
	Reflexionar que los adultos mayores son personas sabias e importantes para nuestra sociedad.	“Fueron, son y serán grandes héroes.”	-Cortometraje “ <i>Ve de forma diferente a los ancianos.</i> ” https://www.youtube.com/watch?v=5C2dS6ResGs	10”	Los participantes y el facilitador reflexionarán que el ser adulto mayor no significa menosprecio, sino personas llenas de experiencias e importantes para la sociedad.
	Los participantes identificarán sus cualidades y limitaciones personales, para elevar su autoestima personal.	“Frente al espejo.”	-Espejo de 1m x 40 cm. -20 lápices (de cualquier número). -10 sacapuntas. -10 gomas. - 20 fotocopias	25”	El facilitador repartirá a cada participante una hoja que este dividida en 3 cuadros (Me considero, Él o ella es y Yo soy). El primer cuadro será llenado por los participantes, una vez que este haya ido llenados, se intercambiará a hoja con su compañero que se encuentra de su lado izquierdo para su compañero llene el cuadro de “Él o ella es.” Después de que el segundo cuadro haya sido llenado, la hoja se regresará a su dueño y este la leerá y comparará lo que él o ella

			(Anexo 2.6).		escribió con lo que su compañero (a) escribió acerca de él o ella y colocará una palomita si él o ella considera que los describe. Una vez que se haya realizado esto, el facilitador pasará a cada participante frente al espejo y deberá describir lo que ve frente a él o ella. Finalmente, el participante regresará a su lugar y en el tercer cuadro escribirán aquellas cosas que se dijo en el espejo.
	Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.	“Hasta mañana.”	-Buzón de dudas.	5”	El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les de pena expresar en ese momento, éstas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Taller: “Con amor hasta el final.”

Sesión: 3

Tema de la sesión: “Aún somos seres sexuales.”

Duración: 1 hora con 30 minutos.

Facilitador: Yessica De León Parada.

Fecha:

Objetivo de la sesión: Reconstruir la conceptualización de sexualidad que tienen los adultos mayores.

Horario	Objetivo Particular	Actividad	Materiales	Tiempo	Descripción
	Exponer el concepto de sexualidad.	“La polémica sexualidad.”	-Presentación en power point (Conferencia 2).	25”	El facilitador dará una conferencia de lo que implica la sexualidad (conceptualización de la sexualidad, autoimagen, relaciones sociales y relaciones sexuales en los adultos mayores).
	Conocer los puntos de opinión que tienen los participantes con referente a diversas temáticas que envuelven a los adultos mayores.	“Yo opino.”	-20 sillas. -1 hoja de preguntas (Anexo 2.7).	15”	Los participantes formarán dos equipos (uno de hombres y uno de mujeres), una vez formaron los equipos, se sentarán de frente al otro equipo y el facilitador se sentará en medio de los equipos y dirá algunos enunciados de diversas temáticas, para que después, el equipo de las mujeres y de los hombres puedan dar su punto de opinión de acuerdo a los enunciados que diga el facilitador.

	Conocer las opiniones de los adultos mayores con respecto a un caso de sexualidad.	“Creo que también me pasa lo mismo.”	-Caso hipotético. (Anexo 2.8)	10”	El facilitador leerá a los participantes un caso hipotético para que ellos puedan dar su opinión al respecto.
	Los participantes deberán reflexionar que la sexualidad en los adultos mayores no es tabú y aun se lleva a cabo.	“Todos sin pena.”	-Video “ <i>Conversación entre personas mayores sobre disfunción eréctil y vida sexual.</i> ” https://www.youtube.com/watch?v=d_XOmTX9Qwk	10”	Los participantes verán el video “ <i>Conversación entre personas mayores sobre disfunción eréctil y vida sexual</i> ”. E identificar los temas de los que hablan los actores y llevarlos a la reflexión de que todos pueden ejercer su sexualidad a su manera y a su ritmo.
	Brindar habilidades asertivas a los participantes.	“Siendo claro y preciso.”	-Presentación en power point (conferencia 2). -Situaciones. (Anexo 2.9)	25”	El facilitador dará una breve psicoeducación de asertividad y generará ejercicio para ponerlo en práctica (Qué es, Qué se gana, Cómo hacerlo y en qué ayuda, componentes verbales y no verbales.) para que los participantes puedan expresar aquello que sienten sin tener temor alguno.
	Expresar dudas o	“Hasta	-Buzón de dudas.	5”	El facilitador explicará que el uso del buzón

	aportaciones referentes a lo visto en la sesión.	mañana.”			será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les de pena expresar en ese momento, éstas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.
--	--	----------	--	--	---

Taller: “Con amor hasta el final.”

Sesión: 4

Tema de la sesión: “Nuevas sensaciones.”

Duración: 1 hora con 30 minutos.

Facilitador: Yessica De León Parada.

Fecha:

Objetivo de la sesión: Mostrar un nueva forma de potencializar la excitación en los adultos mayores.

Horario	Objetivo Particular	Actividad	Materiales	Tiempo	Descripción
	Conocer qué es un condón y sus diferentes tipos que existen.	“Nuestro amigo el condón.”	-Presentación en Power point (Conferencia 3). -6 Condone (1 de color, 1 de aroma, 1 de sabor, 1 de látex, 1 de poliuretano y 1 texturizado). -Condón femenino. -Lubricante. -Condoneras.	30”	El facilitador dará una breve explicación de lo que es un condón, los diversos tipos que existen.

	Enseñar el uso correcto del condón masculino y femenino.	“Divirtiéndonos juntos.”	-3 condones de látex. -Modelo de pene. -Modelo de vagina.	20”	El facilitador dará a conocer los pasos para el uso correcto del condón.
	Practicar la forma correcta de colocar un condón masculino.	“Vistiendo al muñeco.”	- 20 fotocopias del Check list (Anexo 2.10). -20 Condones de látex. -10 Penes de plástico. -20 Lápices (de cualquier número). -10 gomas. -10 sacapuntas.	20”	El facilitador repartirá condones, un check list con los pasos del uso correcto del condón, formará parejas y cada pareja deberá tener condones masculinos, dos check list y un modelo de un pene. Una vez formadas parejas y con su pene, deben de colocar el condón por turnos y su pareja deberá colocar una “X” si es que realizó el paso que corresponde en el check list.

	Repasar lo aprendido en las actividades anteriores, mediante una actividad lúdica.	“Juntando Parejas.”	- 6 juegos de Memorama. (Anexo 2.11)	15”	Los participantes formarán parejas y se les repartirá un memorama, las cuales en una ficha tendrá la imagen ya sea de condón, lubricantes, etc. y en la otra tarjeta tendrá la descripción de estos mismos. Las personas que tengan más pares ganarán una taza.
	Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.	“Hasta mañana.”	-Buzón de dudas.	5”	El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les de pena expresar en ese momento, estás las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Taller: “Con amor hasta el final.”

Sesión: 5

Tema de la sesión: “De paseo.”

Duración: 1 hora con 30 minutos.

Facilitador: Yessica De León Parada.

Fecha:

Objetivo de la sesión: Conocer una tienda sex shop.

Horario	Objetivo Particular	Actividad	Materiales	Tiempo	Descripción
	Visitar y conocer una Sex shop.	“De paseo.”	-Transporte. -Tienda sex shop.	1 hora con 30 minutos	El facilitador organizará una visita a una sex shop para que los participantes conozcan lo que venden en esas tiendas.

	Expresar lo aprendido durante el taller.	“Ya soy un experto.”	-Hoja de preguntas. (Anexo 2.13)	35”	El facilitador tendrá en una bolsa diferentes preguntas. Él deberá elegir a dos personas que pasen al frente del grupo para que den respuesta y una breve explicación a la pregunta que sacaron de la bolsa.
	Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.	“Hasta mañana.”	-Buzón de dudas.	5”	El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les de pena expresar en ese momento, estás las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Taller: “Con amor hasta el final.”

Sesión: 7

Tema de la sesión: “Hasta pronto.”

Duración: 1 hora con 30 minutos.

Facilitador: Yessica De León Parada.

Fecha:

Objetivo de la sesión: Los adultos mayores deberán retroalimentar al facilitador.

Horario	Objetivo Particular	Actividad	Materiales	Tiempo	Descripción
	Evaluar el nivel de información que ahora tienen los participantes con respecto a su sexualidad después de la intervención.	“Post-evaluación.”	-20 juegos de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez”. (Anexo 2. 2) -20 juegos del “Inventario de actitudes hacia la sexualidad.” (Anexo 2.3) -20 juegos de “Encuesta estudiantil sobre salud sexual.”	40”	El facilitador les proporcionará a cada participante una copia del instrumento y les pedirá que lo lean con atención y lo contesten sin consultar a sus compañeros, se les explicará que la información es confidencial (únicamente el facilitador tendrá acceso a la información).

			(Anexo 2. 4) -20 Lápices (de cualquier número) -10 gomas. -10 sacapuntas.		
	Conocer la opinión de los participantes respecto al taller.	“Me gusto, pero también no me gusto.”	-Ninguno.	30”	El facilitador pedirá a cada uno de los participantes que den su punto de opinión de lo que les pareció e taller. Se agradecerá la participación que tuvieron a lo largo de las sesiones y además se les entregará un diploma simbólico por su asistencia al taller y si el tiempo lo permite se puede organizar un pequeño convivio.

ANEXO 2

MATERIAL

DEL

TALLER

Anexo 2.1 "Cocktel de frutas."

UVA



Piña



Manzana



Naranja



Fresa



Plátano



Sandia



Durazno



Papaya



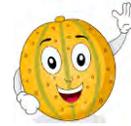
Coco



Cereza



Melón



Ciruela



Mango



Pera





Anexo 2.2 “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez.”
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD EN LA VEJEZ
(White, 1982)

Instrucciones: A continuación se muestran oraciones con tres posibles respuestas, marca con “X” la respuesta de acuerdo con tus conocimientos.

Datos Personales

Nombre: _____ Edad: _____ Folio: _____

Sexo: F M

		Verdadero	Falso	No sé
1.-	La actividad sexual en las personas de más de 65 años es frecuentemente peligrosa para su salud.			
2.-	Los hombres de más de 65 años suelen tardar más tiempo que lo jóvenes en conseguir la erección.			
3.-	Los varones de más de 65 años suelen experimentar una reducción de la intensidad del orgasmo en relación con los más jóvenes.			
4.-	La firmeza de la erección es con frecuencia menor en los viejos que en los jóvenes.			
5.-	Las mujeres de más de 65 años lubrican (se humedecen) menos si vagina que las mujeres jóvenes.			
6.-	Las mujeres de más de 65 años tardan más en tener una lubricación adecuada que las mujeres jóvenes.			
7.-	Las mujeres de más de 65 años pueden experimentar dolor durante el coito porque tienen reducida la elasticidad de la vagina y lubrican menos.			
8.-	La sexualidad es, en condiciones normales, una necesidad a lo largo de toda la vida.			
9.-	La conducta sexual en los mayores de 65 años aumenta el riesgo de ataque al corazón.			

		Verdadero	Falso	No sé
10.-	La mayoría de los varones de más de 65 años son incapaces de realizar el coito.			
11.-	Los que fueron más activos sexualmente durante la juventud, tienden a ser más activos cuando son viejos.			
12.-	Hay evidencia de que la actividad sexual de los viejos tiene efectos beneficiosos para la salud.			
13.-	La actividad sexual puede ser psicológicamente beneficiosa para los viejos.			
14.-	La mayoría de las mujeres mayores de 65 años no reaccionan sexualmente a los estímulos eróticos.			
15.-	La ingestión de fármacos puede alterar el impulso sexual en las personas.			
16.-	Básicamente, los cambios en la sexualidad más allá de los 65 años implican una disminución de la rapidez de respuesta, más que una reducción del interés en el sexo.			
17.-	Los mayores de 65 años suelen experimentar una menor necesidad de eyacular, pudiendo mantener la erección durante más tiempo que los jóvenes.			
18.-	Los hombres y las mujeres viejos no pueden hacer los unos para los otros para tener relaciones sexuales, dando que necesitan una persona joven para conseguir excitarse.			
19.-	El factor que más determina la frecuencia de la actividad sexual en las parejas formadas por personas mayores es el interés o desinterés del varón en la actividad sexual con la mujer.			
20.-	Los fármacos, tranquilizantes y el alcohol pueden bajar el nivel de actividad sexual de las personas mayores e interferir su capacidad de respuesta sexual.			
21.-	La falta de interés sexual en las personas mayores pueden ser reflejo de un estado psicológicos depresivo.			
22.-	A medida que los varones se hacen viejos, normalmente hay una disminución de la frecuencia de la actividad sexual.			
23.-	Hay una mayor disminución de la actividad sexual del varón, a medida que envejece, que la que se da en la mujer.			
24.-	Un factor muy importante para mantener la capacidad de respuesta sexual del varón en la vejez es mantener la regulación de la actividad sexual a lo largo de la vida.			

		Verdadero	Falso	No sé
25.-	El miedo a no ser capaz de conseguir responder sexualmente bien puede provocar en los viejos la incapacidad de respuesta sexual.			
26.-	El cese de la actividad sexual en los viejos se debe normalmente, de forma primaria, a factores psicológicos y sociales, más que a causas biológicas y físicas.			
27.-	La masturbación frecuente puede acelerar procesos de demencia y confusión mental en las personas mayores.			
28.-	Hay una inevitable pérdida de satisfacción sexual en las mujeres después de la menopausia.			
29.-	La impotencia secundaria aumenta en los varones después de los 60 años.			
30.-	Si no tienen enfermedades físicas severas, los hombres y mujeres pueden mantener el interés y la actividad sexual hasta los 80 o 90 años.			
31.-	La masturbación en los hombres y mujeres mayores tienen efectos beneficiosos en el mantenimiento de la capacidad de respuesta sexual.			

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

(White, 1982)

CUESTIONARIO RESUELTO

Instrucciones: A continuación se muestran oraciones con tres posibles respuestas, marca con “X” la respuesta de acuerdo con tus conocimientos.

Datos Personales

Nombre: _____ Edad: _____ Folio: _____

Sexo: F M

		Verdadero	Falso	No sé
1.-	La actividad sexual en las personas de más de 65 años es frecuentemente peligrosa para su salud.		X	
2.-	Los hombres de más de 65 años suelen tardar más tiempo que lo jóvenes en conseguir la erección.	X		
3.-	Los varones de más de 65 años suelen experimentar una reducción de la intensidad del orgasmo en relación con los más jóvenes.		X	
4.-	La firmeza de la erección es con frecuencia menor en los viejos que en los jóvenes.	X		
5.-	Las mujeres de más de 65 años lubrican (se humedecen) menos si vagina que las mujeres jóvenes.	X		
6.-	Las mujeres de más de 65 años tardan más en tener una lubricación adecuada que las mujeres jóvenes.		X	
7.-	Las mujeres de más de 65 años pueden experimentar dolor durante el coito porque tienen reducida la elasticidad de la vagina y lubrican menos.	X		
8.-	La sexualidad es, en condiciones normales, una necesidad a lo largo de toda la vida.	X		
9.-	La conducta sexual en los mayores de 65 años aumenta el riesgo de ataque al corazón.		X	

		Verdadero	Falso	No sé
10.-	La mayoría de los varones de más de 65 años son incapaces de realizar el coito.		X	
11.-	Los que fueron más activos sexualmente durante la juventud, tienden a ser más activos cuando son viejos.	X		
12.-	Hay evidencia de que la actividad sexual de los viejos tiene efectos beneficiosos para la salud.	X		
13.-	La actividad sexual puede ser psicológicamente beneficiosa para los viejos.	X		
14.-	La mayoría de las mujeres mayores de 65 años no reaccionan sexualmente a los estímulos eróticos.		X	
15.-	La ingestión de fármacos puede alterar el impulso sexual en las personas.	X		
16.-	Básicamente, los cambios en la sexualidad más allá de los 65 años implican una disminución de la rapidez de respuesta, más que una reducción del interés en el sexo.	X		
17.-	Los mayores de 65 años suelen experimentar una menor necesidad de eyacular, pudiendo mantener la erección durante más tiempo que los jóvenes.	X		
18.-	Los hombres y las mujeres viejos no pueden hacer los unos para los otros para tener relaciones sexuales, dando que necesitan una persona joven para conseguir excitarse.		X	
19.-	El factor que más determina la frecuencia de la actividad sexual en las parejas formadas por personas mayores es el interés o desinterés del varón en la actividad sexual con la mujer.	X		
20.-	Los fármacos, tranquilizantes y el alcohol pueden bajar el nivel de actividad sexual de las personas mayores e interferir su capacidad de respuesta sexual.	X		
21.-	La falta de interés sexual en las personas mayores pueden ser reflejo de un estado psicológicos depresivo.	X		
22.-	A medida que los varones se hacen viejos, normalmente hay una disminución de la frecuencia de la actividad sexual.	X		
23.-	Hay una mayor disminución de la actividad sexual del varón, a medida que envejece, que la que se da en la mujer.		X	
24.-	Un factor muy importante para mantener la capacidad de respuesta sexual del varón en la vejez es mantener la regulación de la actividad sexual a lo largo de la vida.		X	
25.-	El miedo a no ser capaz de conseguir responder sexualmente bien puede provocar en los viejos la incapacidad de respuesta sexual.	X		
26.-	El cese de la actividad sexual en los viejos se debe normalmente, de forma primaria, a factores psicológicos y sociales, más que a causas biológicas y físicas.	X		

		Verdadero	Falso	No sé
27.-	La masturbación frecuente puede acelerar procesos de demencia y confusión mental en las personas mayores.		X	
28.-	Hay una inevitable pérdida de satisfacción sexual en las mujeres después de la menopausia.		X	
29.-	La impotencia secundaria aumenta en los varones después de los 60 años.	X		
30.-	Si no tienen enfermedades físicas severas, los hombres y mujeres pueden mantener el interés y la actividad sexual hasta los 80 o 90 años.	X		
31.-	La masturbación en los hombres y mujeres mayores tienen efectos beneficiosos en el mantenimiento de la capacidad de respuesta sexual.		X	

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN



Anexo 2.3 “Inventario de Actitudes Hacia la Sexualidad.”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Inventario de Actitudes Hacia la Sexualidad.

Fisher y Hall (1998)

Instrucciones: En las páginas siguientes Ud. ha de encontrar un total de 28 afirmaciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas y luego marque con una (X) Completamente de Acuerdo, Bastante de Acuerdo, Opinión Intermedia, Bastante en Desacuerdo, Completamente en Desacuerdo según su criterio. Por favor conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas o malas, lo que nos interesa es su punto de vista personal.

Datos Personales

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Folio:** _____

Sexo: F M

	Completamente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Opinión Intermedia	Bastante Desacuerdo	Completamente Desacuerdo
1. Los lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegales.					
2. El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión.					
3. A toda persona que vaya a tener relaciones sexuales, se le debería dar información y consejo sobre anticoncepción.					
4. Las madres y los padres de las/os menores de 18 años que vayan a un centro de planificación familiar para obtener un anticonceptivo, deberían ser informadas/os.					
5. Nuestro gobierno debería ser más duro contra la pornografía (para prevenir su distribución).					
6. La prostitución debería ser legalizada.					

	Completamente de	Bastante de Acuerdo	Opinión Intermedia	Bastante Desacuerdo	Completamente
7. Abrazar y besar a una persona de otro sexo forma parte del natural proceso de crecimiento de las/os jóvenes.					
8. Las caricias que estimulan sexualmente alguna parte del cuerpo o todo él, son una conducta inmoral al menos que sea con la persona con la que se está casado/a.					
9. Las relaciones sexuales antes del matrimonio es inaceptable para mí.					
10. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes no casadas es aceptable para mí si hay afecto entre ellas y si ambas están de acuerdo.					
11. La conducta homosexual es una forma aceptable de preferencia sexual.					
12. Una persona que se contagia de una enfermedad de transmisión sexual tiene exactamente lo que se merece.					
13. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
14. Las relaciones sexuales sólo debe darse entre personas que están casadas entre sí.					
15. La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.					
16. Si un/a joven se masturba puede sufrir malas consecuencias.					
17. Tener fantasías sexuales es desaconsejable para las personas jóvenes.					
18. La educación sexual es peligrosa.					
19. Las fantasías sexuales son muy normales entre las personas jóvenes.					
20. Las/os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta natural y normalmente saludable.					
21. La juventud no debería en ningún caso tener acceso a la pornografía.					
22. Las/os jóvenes son, en general, muy irresponsable.					
23. Está bien la libertad que tienen las personas jóvenes hoy día.					
24. En general, tengo buena opinión de las/os jóvenes de hoy.					
25. Es bueno que las/os jóvenes puedan acceder con libertad a los materiales pornográficos.					
26. La mayoría de las personas jóvenes son responsable.					
27. Las/os jóvenes tienen hoy demasiada libertad.					
28. La juventud de hoy me merece mala opinión.					

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN

Anexo 2.4 “Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual.”



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Comunicación Sexual

(Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso, 2011)

Instrucciones: En las páginas siguientes Ud. ha de encontrar un total de 18 afirmaciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas y luego marque con una (X) Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre, según su criterio. Por favor conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas o malas, lo que nos interesa es su punto de vista personal.

Parte 1

Datos Personales

Nombre: _____ Edad: _____ Folio: _____

Sexo: F M

Con que frecuencia hablas con tú pareja actual o tú última pareja sobre los siguientes temas:	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
La posibilidad de tener relaciones sexuales.					
Aborto					
Infecciones de transmisión sexual					
Consumo de alcohol					
Uso de drogas					
Uso de pastillas anticonceptivas					
VIH/SIDA					
Condón Masculino					
Condón Femenino					

Parte 2

Actitudes hacia el uso del condón

(Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso, 2011)

Instrucciones: Marca con una “X” lo que piensas de las siguientes afirmaciones. Los valores de tus respuestas van de 1 (muy negativo) a 7 (muy positivo) para el aspecto que describe a cada afirmación

1.- Dirías que usar condón cada vez que tuvieras sexo vaginal con una pareja estable podría ser....

Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy desagradable
Muy indeseable	1	2	3	4	5	6	7	Muy indeseable
Muy malo	1	2	3	4	5	6	7	Muy malo
Muy difícil	1	2	3	4	5	6	7	Muy difícil
Innecesario	1	2	3	4	5	6	7	Innecesario
Inconfortable	1	2	3	4	5	6	7	Inconfortable

2.- Dirías que usar condón cada vez que llegaras a tener sexo vaginal con una pareja ocasional podría ser....

Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy desagradable
Muy indeseable	1	2	3	4	5	6	7	Muy indeseable
Muy malo	1	2	3	4	5	6	7	Muy malo
Muy difícil	1	2	3	4	5	6	7	Muy difícil
Innecesario	1	2	3	4	5	6	7	Innecesario
Inconfortable	1	2	3	4	5	6	7	Inconfortable

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN

Hoja de calificación

“Inventario de Actitudes hacia la Sexualidad” Fisher y Hall (1998)

El Inventario está constituido por 28 ítems que se han enumerado independientemente para facilitar su posible aplicación por separado. Se reparten en dos áreas, que son: Área de Liberalismo (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14), Área Conservadora (ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28). Asimismo, las respuestas se valoran de 0 a 5 puntos. La dirección de los ítems es positiva (+) o negativa así como el puntaje asignado a cada ítem de acuerdo a su dirección de 5 a 0 teniendo en cuenta si la respuesta es Completamente de Acuerdo, Bastante de Acuerdo, Opinión intermedia Bastante en Desacuerdo, Completamente en Desacuerdo. En cada una de las áreas su puntuación se puede obtener un puntaje mínimo de 1 y un máximo de 60. La suma total de la puntuación de cada escala área se obtiene un puntaje general un puntaje que oscila entre cero y 140.

Actitud	Puntaje Directo
Actitud definitivamente favorable	126 – más
Actitud Favorable	103 – 125
Actitud Promedio	77 – 102
Actitud tendiente a desfavorable	51 – 76
Actitud desfavorable	26-50
Actitud Definitivamente desfavorable	0-25

“Encuesta estudiantil sobre salud sexual”

La “Encuesta estudiantil sobre salud sexual” de Robles, Díaz, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso y Rodríguez (2011), se retomó el aparatado de ”*Comunicación con la pareja*”, el cual está compuesta por 10 reactivos que indican distintos temas de sexualidad: tener relaciones sexuales, aborto, infecciones de transmisión sexual, consumo de alcohol, uso de drogas, uso de pastillas anticonceptivas, VIH/SIDA, condón masculino y condón femenino. Todos los reactivos tienen un formato de respuesta es escala tipo Likert con valores de 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (algunas veces), 4 (casi siempre) y 5 (siempre). Además se retomó “*Actitudes hacia el uso del condón*” constituido por 2 preguntas, cada una de ellas

con formato de respuesta diferencial semántico, con valor de 1 (muy negativo) a 7 (muy positivo).

“Comunicación sexual con la pareja”

	Nº de reactivos	Puntuación mínima y máxima	Media teórica
Factor único	10	10-30	20
Puntuaciones	>20 Buena comunicación con la pareja		<20 Mala comunicación con la pareja

“Actitudes hacia el uso del condón”

	Nº de reactivos	Puntuación mínima y máxima	Media teórica
Factor único	6	6-42	24
Puntuaciones	>24 = Actitud positiva hacia el uso del condón.		<24 = Actitud negativa hacia el uso del condón.

Anexo 2.5 “Él o ella debería hacer...”

El señor Rogelio acaba de cumplir 60 años, se jubiló hace 2 años, aún vive con su esposa que tiene 65 años. Ambos viven en el municipio de Tlalnepantla y tienen 2 hijos, una hija casada con 2 hijos (Regina de 5 años y Edgar de 12 años) y un hijo soltero que vive en Pachuca, pero casi no los frecuenta por exceso de trabajo. El señor Rogelio está muy preocupado porque comienza a ver que en su pelo se le pintan algunas canas, ya tiene marcas de expresión, se cansa de la vista cuando lee el periódico, le duelen sus rodillas si camina distancias muy largas, actualmente no padece ninguna enfermedad crónica. El señor Rogelio comenta que se siente muy viejo, que para el siguiente años ya no va a poder ni caminar, necesita lentes, pero no lo quiere utilizar porque dice que ve más viejo, quiere comprar tinte para hombre y teñirse las canas o comprarse cremas para rejuvener, pero dice que a pesar de eso, ya no va servir para nada y solo va a ser un estorbo y cargo para su esposa.

Anexo 2.6 “Frente al espejo.”

Me considero	Él o ella es	Yo soy

Anexo 2.7 “Yo opino.”

- 1) La sexualidad es muy polémica, pero desde su perspectiva, qué opinan de la sexualidad.
- 2) La sexualidad de hoy en día es más divertida que la de sus tiempos.
- 3) Es mejor que todos estemos informados del tema de sexualidad.
- 4) Los adultos mayores aún disfrutan de una vida sexual activa.
- 5) Conocen prejuicios que la sociedad dice al respecto de la sexualidad de los adultos mayores, cómo cuáles.
- 6) Cómo se sienten ante estos comentarios.

Anexo 2.8 “Creo que también me pasa lo mismo.”

El señor Ramiro es un hombre alto, de tez clara, cabello completamente cubierto de canas, usa lentes, padece diabetes desde hace 4 años, así como también es viudo desde hace dos años, vive solo y sus hijos residen en Estado Unidos, así que solo le hablan por teléfono. El señor Ramiro asiste tres veces a la semana a un Salón de baile, en este salón de baile conoció a la señora Marcela. Ella es viuda desde hace 5 años, vive en su casa y sus hijos solo la visitan los fines de semana. Cuando el señor Ramiro y la señora Marcela van al salón de baile se sienten muy a gusto, platican con su grupo que crearon en este salón, algunas veces van a comer, pero el señor Ramiro comienza a sentir algo por Marcela y ella también, pero la señora Marcela le comentó a sus hijos lo que le estaba pasando y como respuesta por parte de ellos le dijeron: -Tú no debes de andar sintiendo eso-, -Eso es para los jóvenes-, -Tú ya estas grande-, -Mejor cuida a nuestros hijos, eso es lo que hacen los abuelitos- mientras que los familiares de Ramiro lo apoyan en lo que él decida, además de que a él le gustaría buscar alternativas porque en una ocasión tuvo algún encuentro sexual con Marcela y se desesperó porque no tuvo una erección muy rápida, pero Marcela no quiere acompañarlo porqué ella dice que a lo mejor es por edad de que ya no van a poder y pues es mejor quedarse así como están.

Anexo 2.9“Siendo claro y preciso.”

Situación 1

Llevas 6 meses saliendo con una persona, pero hace un mes, te has dado cuenta que te gusta y te gustaría decirle que sea tu pareja.

Situación 4

Dile a tu pareja que investiguen o asistan con un especialista para mejorar su vida sexual.

Situación 2

Están entre amigos y comienzan a hablar de sexualidad, de sus actuales parejas. Ellos comienzan a comentar de los productos que han utilizado para su vida sexual, pero tú no has utilizado ningún producto y estas callado, pero quisieras saber cómo son, para qué son, cómo se utilizan y cuánto valen.

Situación 3

Estas con tu familia y ellos comienzan a hacer comentarios como: “Mi mamá /papa ya no debe de tener novia/o”.

“Los adultos mayores solo deben de tener amor para los nietos.”

Así que tu estas en contra, ¿Cómo les dirías lo contrario?

Anexo 2.10 “Vistiendo al muñeco.”

Instrucciones.- Marque con una “X” los pasos que se llevaron a cabo.

Descripción de los pasos	Sí	No
1.- El condón adecuado.		
2.- Fecha de caducidad o elaboración.		
3.- Checar burbuja de aire.		
4.-Donde se abre el condón.		
5.-Recorrer el condón.		
6.- Abrir el empaque.		
7.- Sacar el condón con las yemas de los dedos.		
8.- Identificar el lado correcto.		
9.- Oprimir la punta del condón.		
10.-Darle 2 vueltas a la punta del condón.		
11.-Bajar el prepucio.		
12.- Color el condón.		
13.- Desenrollar el condón sin soltarlo.		
14.-Colocar para introducirlo.		
15.-Sacarlo.		
16.- Tomar papel para retirarlo.		
17.-Cómo retirarlo.		
18.- Desecharlo.		

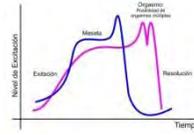
Anexo 2.11 “Juntando parejas.”

 <p>CONDÓN MASCULINO</p>	<p>Delgada funda de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene erecto del hombre antes de tener sexo.</p>	 <p>CONDÓN FEMENINO</p>	<p>Es una funda blanda pero resistente hecha de poliuretano transparente, con dos anillos de plástico, uno en cada extremo.</p>
 <p>CONDONES PARA RELACIÓN SEXUAL ORAL</p>	<p>Son utilizados para las relaciones sexuales orales y suelen ser de sabor, color y aroma.</p>	 <p>LUBRICANTES A BASE DE AGUA</p>	<p>Usados para lograr lubricación durante la actividad sexual, en particular en los casos en que la natural lubricación con fluido vaginal no está disponible.</p>
 <p>VIAGRA</p>	<p>Es una tableta que al ingerirla aumenta el flujo de sangre hacia el pene para que puedan lograr y mantener una erección.</p>	 <p>ANILLO VIBRADOR</p>	<p>Es un objeto pequeño que está hecho de material blandito y flexible cuyo objetivo es rodear la base del pene una vez erecto para proporcionar placer al hombre y movimiento en la mujer.</p>



JUGUETES SEXUALES

Son objetos de diversos materiales y sirven para masturbarse o aumentar el placer al tener sexo con la pareja o para que uno mismo se brinde placer.



RESPUESTA SEXUAL

Las fases que lo componen son: Excitación, Meseta, Orgasmo, Resolución y Relajación.



ADULTOS MAYORES

Aún pueden continuar con su vida sexual.



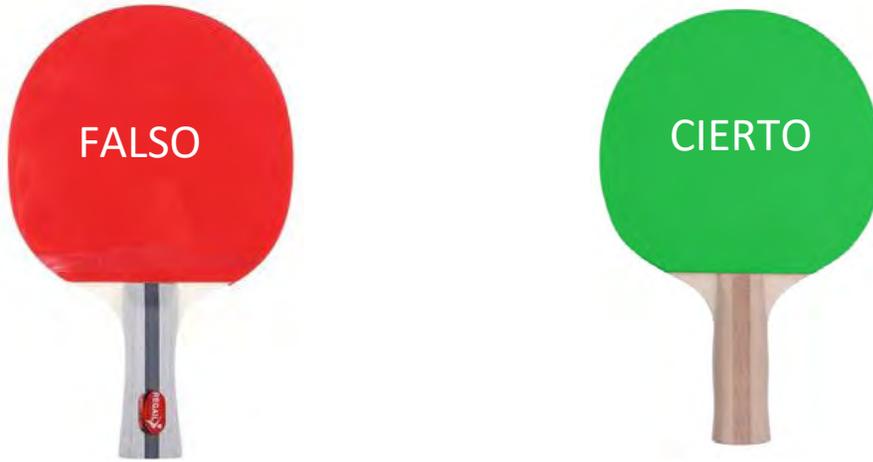
VIBRADORES

Es un aparato eléctrico, que puede tener o no forma de pene, cuyo único propósito es brindar placer a la mujer al introducirlo en la vagina.

Anexo 2.12a “Mitos y realidades.”

MITOS	REALIDADES
<ol style="list-style-type: none">1. Los adultos mayores ya no tienen vida sexual.2. Los hombres mayores ya no tienen erecciones.3. Las mujeres mayores ya no tienen sensaciones sexuales.4. Cuando un hombre mayor corteja a una persona es un “Viejo rabo verde”5. Las mujeres mayores ya no pueden casarse después de quedar viuda.6. Los hombres ya no se pueden casarse después de quedar viudo.7. Los problemas de salud inhiben la respuesta sexual.8. Los adultos mayores que demuestran sus sentimientos son ridículos.9. Los adultos mayores deben de reprimir sus deseos sexuales.10. La menopausia marca el final de la vida sexual.11. La sexualidad se ejerce solo con fines de procreación.12. La belleza y la sexualidad son exclusivos de los jóvenes.	<ol style="list-style-type: none">13. Los adultos mayores deben de tener mayor estimulación sexual.14. La erección en los adultos mayores puede tardar minutos.15. La vagina en las mujeres mayores tarda en humedecerse.16. Los adultos mayores tenemos derecho a una vida sexual.17. Hay una disminución de hormonas, tanto en hombres como en mujeres.18. Todos los adultos mayores son impotentes.19. La andropausia marca el inicio de la vejez.20. Los adultos mayores aún pueden disfrutar de su vida sexual.21. Hay diversos factores que afectan la sexualidad de los adultos mayores.22. Las enfermedades crónicas no afectan directamente el deseo sexual.23. Algunos medicamentos si afectan el deseo sexual.24. Los adultos mayores podemos buscar ayuda con especialista.

Anexo 2.12b “Mitos y realidades.”



Anexo 2.13 “Ya soy un experto.”

- 1) Menciona algunos cambios físicos en la vejez.
- 2) Menciona cambios psicológicos en la vejez.
- 3) Menciona los cambios sociales en la vejez.
- 4) ¿Qué es sexualidad?
- 5) ¿Qué pasa en la sexualidad de los adultos mayores?
- 6) ¿Cuáles son los factores que afectan la sexualidad en los adultos mayores?
- 7) ¿Cómo se puede dar solución a los prejuicios que la sociedad tiene al respecto de la sexualidad de los adultos mayores?
- 8) ¿Cómo afectan las enfermedades crónicas y los medicamentos en el deseo sexual?
- 9) ¿Qué soluciones darían para que la sexualidad de los adultos mayores tenga una mayor importancia?
- 10) ¿Qué importancia tiene para ustedes la sexualidad en los adultos mayores?

CONFERENCIAS

Conferencia 1: “Los verdaderos cambios”

¿Por qué hablar de vejez?

Como ya sabemos, hoy en día la esperanza de vida para las personas ha aumentado debido al gran avance que se ha tenido en el ámbito de la salud, lo que ha generado un menor número de nacimientos, pero ha aumentado la población de adultos mayores. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones de personas (OMS, 2018). Esto quiere decir que habrá más personas mayores que personas jóvenes. Por ello, resulta importante hablar de lo que implica la vejez. Sé que muchos de ustedes ya están en esta etapa u otros apenas están por iniciar esta etapa, para lo cual resulta importante de que conozcan qué es lo que pasa en esta etapa de la vida.

¿Qué es la vejez?

La OMS (2015) define la vejez desde un punto de vista biológico, como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Además, se ha establecido convencionalmente los 60 años como el inicio de la vejez y se debe utilizar el término “adulto mayor.” En esta etapa de la vejez ocurren cambios físicos, psicológicos y sociales, los cuales se describen a continuación.

Cambios Físicos:

Marín (2003) enlista algunos de los cambios físicos más significativos, los cuales son:

- *Apariencia física:* Las personas mayores comienzan a aparecer arrugas en la parte de la cara, las más conocidas son las llamadas patas de gallo. Comienzan a salir las canas, pero hay algunas personas tienden a teñirse el cabello para taparlas, además muestran una postura encorvada todo el tiempo, cuando caminan o están sentados.
- *Cambios en la marcha:* La marcha se vuelve más lenta, experimentan dolor en piernas, les truenan las rodillas, no soportan caminar largas distancias y en algunos casos tienen que utilizar bastón para tener más apoyo al caminar.

- *Cambios en los sentidos:*
 - Sentido auditivo: Disminuye la capacidad auditiva y esto hará que nuestros seres queridos tendrán que hablarles más fuerte o en otros casos, tienen que utilizar aparatos auditivos.
 - Sentido de la Vista: Disminuye la capacidad visual y entonces se tiene que utilizar lentes y en ocasiones aparecen cataratas. Las cataratas opacan o nublan la vista y esto tiene como consecuencia que se tenga una vista borrosa, los colores no se ven brillosos, tienen dificultad para ver en la noche o ven doble. Estas, muchas veces son tratadas con cirugía.
 - Sentido gustativo: en este sentido ocurren dos factores: 1) las papilas gustativas tienden a hacer se pequeñas y 2) la producción de saliva disminuye. Estos factores hacen que los adultos mayores ya no puedan detectar con facilidad los sabores, entonces no es porque nuestros familiares ya no saben cocinar, sino es por esto que ya no detectan los sabores.
 - Sentido olfativo: Hay una pérdida de sensibilidad para detectar olores debido a: 1) la menor producción de moco en la nariz y 2) a la pérdida de terminaciones nerviosas dentro de la nariz.
 - Sentido táctil: Las sensaciones pueden verse reducidas, debido al cambio de flujo sanguíneo, lo cual impide sentir el dolor, la temperatura, presión y posición de los cuerpos.
- *Cambios en el sistema nervioso:* Comienzan algunas alteraciones del sueño, como insomnio. Además, algunas personas presentan demencia senil. La demencia senil afecta la memoria, es decir, las personas comienzan a olvidar cosas en un periodo corto de tiempo.
- *Cambios en el sistema respiratorio:* Como sabemos, los pulmones son los encargados de que nosotros podamos respirar. Sin embargo, en los adultos mayores sus pulmones se vuelven más delgados lo que impide respirar con normalidad. Lo que causa que se sientan sofocados, sienten que les hace falta aire y en algunas ocasiones tiene que utilizar oxígeno.

- *Cambios en el sistema digestivo:* Hay enlentecimiento para digerir los alimentos y esto causa que se sientan muy llenos, que la panza se les infle, algunos alimentos les “caen de peso” y tengan diarrea constante.
- *Cambios en el sistema cardio vascular:* No hay una buena coagulación en la sangre y se presentan enfermedades comunes como hipertensión, varices y en casos más graves, se presente una trombosis, infartos o un derrame cerebral. Se dice que estas enfermedades son las más silenciosas porque muchas veces no causa ningún síntoma. Es mejor que se acuda con su doctor y los revise para que los pueda controlar si es que padecen alguna de estas enfermedades.
- *Cambios en el sistema genito-urinario:* Ya no hay suficiente capacidad para retener la orina, se va constantemente al baño, se mojan su ropa y en ocasiones es necesario usar pañales o calzones especiales.

Cambios Psicológicos

Son cambios conductuales (Castenedo y Sarabia, s.a), como:

- *Alteraciones a nivel cognitivo:* Estas alteraciones se presentan cuando las personas olvidan cosas, hay una dificultad para entender información o hay un enlentecimiento para resolver problemas ya sea se la vida cotidiana o incluso matemáticos.
- *Crisis de identidad:* Alguno de ellos son: Viven con incertidumbre del futuro, hay una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales, dejan de saber quién es y para qué sirven y tienen temor a perder la vida.
- *Cambios de personalidad:* Son causados debido a que las personas que los rodean no los comprende, lo cual en algunos casos causan depresión y para evitar esto, es necesario que se acuda con un psicólogo.

Cambios sociales

Son cambios relacionados con la interacción de las personas (Marín, 2003):

- *Jubilación:* Como sabemos, la jubilación es la pérdida de trabajo, lo que ocasiona que los adultos mayores tengan un menor ingreso económico, lo cual algunas veces tienen que buscar nuevos ingresos económicos como vender algo o buscar un lugar donde acepten adultos mayores porque si no hacen nada se sienten que son un estorbo.
- *Modificaciones familiares:* En este caso, algunos adultos mayores tienen que integrarse a las familias de sus hijos, lo cual algunas veces piensan que es una carga para sus hijos y ahora tienen que realizar actividades dentro de la casa para ayudarlos.
- *Nuevos roles:* Los nuevos roles en los adultos mayores se dan cuando ahora tienen que cuidar o incluso hacerse responsable de los nietos porque los hijos trabajan.
- *Pérdida de pareja o amigos:* El fallecimiento de la pareja o amigos cercanos hacen que los adultos mayores se sientan solos.

Estos cambios que acabamos de describir son los principales en la etapa de la vejez. Sin embargo, algo que se tiene que tomar en cuenta es que estos cambios no se pueden generalizar, si bien, algunos de estos pueden presentarse antes que otros o incluso no se llegan a presentar, ya que hay que recordar que cada persona es diferente.

Algo que resulta importante es que, cuando las personas comienzan a entrar en la etapa de la vejez y comienzan a ver estos cambios se sienten poca cosa o que no valen, ya no se aceptan como son. Sin embargo, hay que recordar que esto forma parte de nuestro desarrollo humano y no se puede evitar o cambiar. Estos cambios socioeconómicos, de salud física asociados a la edad, la disminución de actividades y responsabilidades, limitaciones físicas, decrecimiento de la autonomía, pérdida de familiares o personas significativas y una conciencia más clara de la cercanía de la muerte suelen ir asociados a una disminución de la autoestima (Orth, Trzesniewski y Robins, 2010; Gallego, Aguilar, Cangas, Lorenzo y Mañas, 2012 citados en García y Froment, 2018). De tal manera que los adultos mayores tienen una imagen negativa de sí mismos, en los que prevalecen conceptos como inutilidad, enfermedad, deterioro y carga para los demás. (Arrieta y

Espinosa, 2005; Shaw, Liang y Krause, 2010; Ulla, Coca, Rincón, Díaz, Remor, Arranz y Bayés, 2003)

Por ello, resulta importante que se generen actividades para que se pueda tener una mejor autoestima, ya que, esta es un área de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores (Rodríguez, Valderrama y Uribe, 2010). Pero para que esto se pueda entender, es necesario que se conozca lo que es la autoestima.

Autoestima

¿Qué es la autoestima?

Abud y Bojórquez (1997 citado en Canto y Castro, 2004) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como “el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor.”

La Autoestima ha sido estudiada desde una perspectiva multidimensional (Estévez, Martínez y Musitu, 2006 citado en García y Froment, 2018) que incluye elementos personales y sociales (Herrera, Barranco, Melián, Herrera, Rodríguez y Mesa, 2004; Martín, Martínez y Martín, 2007 citado en García y Froment, 2018). En este sentido, se distinguen:

- *Autoestima Personal:* Es la evaluación positiva o negativa de los atributos personales, es decir, las personas evalúan sus atributos.
- *Autoestima Colectiva:* Es la evaluación que hace un grupo de personas hacia los atributos de una persona, es decir, muchas personas da su opinión acerca de cómo o quienes somos para ellos (Sánchez, 1999 citado en García y Froment, 2018; Gonsalkorale, Carlisle y Von Hippel, 2007; Jiménez, Páez y Javaloy, 2005; Liu y DreslerHawke, 2006 citados en García y Froment, 2018).

Cuando una persona tiene baja autoestima se tiene una baja creatividad, disminuyen las aspiraciones al pensar que son merecedores de poco, todo es difícil, se tiene dificultad para

pensar por nosotros mismos, nos desvalorizamos, vemos nuestras metas imposibles y las dificultades son vistas como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables (Herrera, Barranco, Melián, Herrera, Rodríguez y Mesa, 2004).

Sin embargo, cuando se tiene una buena autoestima genera un bienestar general en las personas y tiene un impacto positivo para su calidad de vida al tener más interés por la actividades de la vida cotidiana, se tiene una satisfacción por la vida, se mejora el auto-concepto y se tiene la facilidad de integrarse a círculos sociales, incluso a asistir a actividades recreativas, lo cual esto ayuda a tener una mejor salud (Gallego, Aguilar, Cangas, Lorenzo, Franco y Mañas, 2012).

Por ello, resulta importante que los adultos mayores tengan una buena autoestima, lo cual les va a facilitar que ellos puedan tener interés en diversos ámbitos de su vida cotidiana.

NOTA:

- El facilitador puede complementar la presentación y la conferencias con más información.
- El facilitador puede explicar primero los cambios en la vejez y cuando se realice la actividad de “frente al espejo” puede explicar la segunda parte de la conferencia que es abordar el tema de autoestima.

Conferencia 2: “La polémica sexualidad”

¿Qué es Sexualidad?

La OMS en el 2006 definió a la sexualidad como el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y afectivas que caracterizan a cada sexo. La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades, los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales (Velázquez, s.a).

Muchas veces no se tiene conocimiento de algunos conceptos que implican la sexualidad. Por ello, a continuación se explicarán alguno de estos conceptos.

Sexo: Se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas y fisiológicas que los definen como hombre o mujeres. Los hombres tienen un pene y las mujeres tienen una vagina (Bianco, Pazmiño, Guevara, Restrepo, Ortiz y Rivero, 2013).

Género: Es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura (Bianco et al., 2013). Esto hace referencia a que nuestra manera de pensar y actuar está influida por nuestra cultura, nuestro México.

Roles de género: Marcan los deberes, los comportamientos, las actividades y las expectativas consideradas socialmente apropiados para las personas que pertenecen al género masculino o al femenino (Bianco et al., 2013). Esto es cuando los hombres son los responsables de salir a trabajar y debe ser atendido, mientras que las mujeres tienen que estar en la casa, atender a los niños y al esposo.

Erotismo: Se define como el amor sensual, aquel que deleita los sentidos y los satisface, capacidad para sentir deseo, excitación, orgasmo y placer. Abarca las caricias, las fantasías y la imaginación que evocan internamente aquellos recuerdos o imágenes que desencadenan la excitación sexual (Suárez, Quiñones y Zalazar, 2009).

Placer: Sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando se satisface plenamente alguna necesidad del organismo humano: bebida, en el caso de la sed; comida, en el caso del hambre; descanso (sueño); diversión (entretenimiento), para el aburrimiento, por mencionar algunas (Maureira, 2009).

Como se puede ver, la sexualidad, no solo se reduce a la genitalidad, si no que implican más cosas. Pero de igual manera no se dejan de lado las relaciones sexuales, por eso tocaremos este tema desde el punto de vista de los adultos mayores, que es el tema central de este taller. Lo cual se hablará de ello a continuación.

Sexualidad en el adulto mayor

La sexualidad geriátrica es definida como una expresión psicológica de emociones y compromisos, que requiere mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, es una relación de confianza de amor, de compartir placer con coito o sin él (Carrasco, s.a citado en Esguerra, 2007).

El tema de la sexualidad en los adultos mayores es muy poco tomando en cuenta por la sociedad, ya que, se tiene la idea de que la sexualidad solo se vive en la juventud, pero esto no es así. Todos los seres humanos somos seres sexuales desde que nacemos hasta que morimos, además de que la sexualidad no es sinónimo de genitalidad y así como esta mala información, hay un sinnúmero de mitos, los cuales se describen a continuación.

Mitos de la sexualidad en los adultos mayores

Esguerra (2007) señala que algunos mitos que se tienen al respecto de la sexualidad en los adultos mayores, son los que a continuación se mencionan:

- La actividad sexual sólo es normal durante la edad reproductiva y por lo tanto, en los adultos mayores es una conducta “anormal.”
- Los jóvenes siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va deteriorando con la edad hasta perder todo el interés.
- La sociedad consumista manifiesta que la intimidad es para los jóvenes y bellos.

- Existen frases a diario como: “Ya ni puede”, “Hay que comportarse de acuerdo con la edad”, “Ustedes ya no están para eso”, “Eso es propio de los viejos rabo verdes”, por mencionar algunas.

Entonces, ¿Los adultos mayores aún tienen relaciones sexuales?

Las estadísticas indican que a los adultos mayores sí les gusta disfrutar de la sexualidad y que sí creen que hay formas de vivirla. Por ejemplo, en el caso de Chile, los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez del 2017, que incluyó por primera vez este año preguntas respecto de la sexualidad, arrojaron que 32,2% de los adultos mayores tiene una vida sexual activa. Respecto de la relevancia que esta tiene en sus vidas, el 65% declaró que sigue siendo muy importante (Marcano, 2017). Además, la necesidad de interacción, de intimidad, de afecto de una persona y el desarrollo de su sexualidad no termina en la vejez; es más, el interés por la actividad sexual es un elemento fundamental en la buena calidad de vida para el adulto mayor (Orihuela, Gómez y Fumero, 2001).

Muchas personas quieren y necesitan tener una relación cercana con los demás a medida que envejecen. Para algunas personas, esto incluye el deseo de continuar una vida sexual activa y satisfactoria. Con el envejecimiento, eso puede significar adaptar la actividad sexual para amoldarse a los cambios físicos, de salud y de otro tipo que alteran la sexualidad en los adultos mayores (National Institute on Aging, 2017).

Cambios en la sexualidad de los adultos mayores

El envejecimiento no lleva por sí mismo al cese de la actividad sexual. Más bien ocurre que diferentes problemas médicos, psicológicos o sociales interfieren con la expresión normal de la sexualidad (Instituto Gerontológico, 2018).

- *Cambios Fisiológicos en hombre y mujeres*

Los cambios fisiológicos afectan el comportamiento sexual e influyen en la adaptación de la vida sexual de las personas mayores, esto se resume y se puede ver en la tabla 1.

Tabla 1. *Cambios Fisiológicos en hombres y mujeres*

Cambios en Hombres	Cambios en Mujeres
Disminución de testosterona	Disminución de estrógenos
Reducción del tamaño de testículos	Atrofia de la vulva
Erección más lenta	Disminución del tamaño de la vagina
Disminución de espermatozoides	Reducción de flexibilidad y forma de senos
Menor densidad de eyacular	Falta de lubricación

Fuente: Cornachione (2016)

- *Cambios Psicológicos*

Los cambios psicológicos afectan la sexualidad de los adultos mayores porque prestan más atención a la situación que les está pasando en el momento y dejan de lado la intimidad. Algunos de estos cambios son (López, 2012):

- Cambios en la figura corporal: Esto ocurre principalmente en la mujeres, ya que o se sienten atractivas.
- Jubilación laboral: Se pierde el contacto con compañeros de trabajo. Además se produce un cambio de estatus económico y social.
- Reorganización de la vida social: Se buscan nuevas actividades con las que llenar su tiempo tras la jubilación. Nuevas actividades culturales y voluntariados.
- Cambios de residencia: Cuando se cambia de residencia, ya sea a casa de hijos o un centro de mayores, tienden a presentar tristeza y síntomas de depresión.
- Cambios en el núcleo laboral: Si bien, los adultos mayores ya no trabajan en alguna empresa donde su trabajo es remunerado, ahora tienen que trabajar en sus casas o en la de sus hijos cuidando a sus nietos, teniendo un trabajo más pesado que cualquier otro, sin que les paguen y dejando de lado su vida privada.

- *Cambios Sociales*

Leyva (2008) menciona que algunos cambios sociales son:

- Falta de pareja: Cuando la pareja fallece causa que los adultos mayores ya no tengan relaciones sexuales, porque por mucho tiempo fue con la única persona que tenían intimidad (o bueno eso se espera).
- Monotonía de la relación sexual y deterioro del matrimonio: Cuando las parejas no salen de la cotidianidad para tener intimidad, puede convertirse en algo aburrido, lo cual disminuye la probabilidad de que los adultos mayores tenga intimidad.
- Consumo de tabaco, alcohol y fármacos: Debido al exceso de consumo de alcohol y tabaco preside una disminución del deseo sexual.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, puede decirse que la valoración de la actividad sexual en los adultos mayores se ve afectada por una acumulación de factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, hay que tener presente que en los adultos mayores la actividad sexual no es entendida como genitalidad, sino en un sentido más amplio: se trata del placer del contacto corporal global, la interacción y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. En esta etapa, hay más tiempo para compartir en pareja y la intimidad puede hallarse en nuevas formas de expresión, como las caricias, los piropos, los besos y los abrazos cobran un mayor significado. Hay más interés por la calidad y la riqueza de la relación que por la cantidad de experiencias sexuales (Esguerra, 2007). Un tema poco abordado y no conocido por la población meta son los derechos sexuales de esta población.

Derechos sexuales de los adultos mayores

Los Derechos de la Vejez fueron expuestos en 1984 por el médico sexólogo Alonso Acuña Cañas en su libro “*Sexo y Edad: de la madurez a la vejez*” (Encolombia, 2018) y ellos son:

- 1.- El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que estoy en capacidad de tomar.
- 2.- Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad. Es una faceta vital que varía con cada persona.
- 3.- Tengo el mismo deseo y derecho a recibir y dar caricias tal y como sucedía en mi niñez

y juventud.

- 4.- Estoy en capacidad de expresar sanamente el afecto hacia las personas que me atraen.
- 5.- Puedo constituir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad.
- 6.- Soy capaz de trabajar, de producir, hacer deporte y divertirme. Mi situación de retiro o pensión no me lo impide, antes bien lo facilita.
- 7.- Como persona mayor puedo tener el don de la elementalidad, como sucede en la niñez. Soy capaz de gozar de la transparencia del aire, del aroma de la flor, el color de las mariposas, el roce de una mano amiga, la ternura de una caricia, el murmullo de un manantial. Cada vez más en virtud de mi experiencia.
- 8.- Me aferro a la vida porque se dé su valor y percibo el placer de vivirla, aunque en ocasiones disfrute en la soledad de mis recuerdos y parezca persona huraña.
- 9.- Tengo derecho a cuidar y mejorar mi imagen exterior, a transmitir a los demás la belleza interior que brota de mi cuerpo y gozar de toda clase de sensaciones que de él provengan.
- 10.- El llegar a la vejez significa que he sobrevivido y triunfado sobre la enfermedad y la muerte. Puedo transmitir con orgullo estas ideas a mis hijos, nietos y amigos, para que a su vez si ellos logran alcanzar la vejez, tengan entonces el privilegio de transmitir las también, a sus nietos, hijos y amigos.

Con lo mencionado anteriormente resulta importante que exista una adecuada educación y comprensión de los cambios fisiológicos de la sexualidad de la tercera edad, así como también es importante que el paciente afronte este proceso con una actitud positiva, de manera que pueda llegar a desarrollar sus potencialidades, a nivel individual y desarrollar su proyecto de vida. Es preciso que la información fluya y se difunda en todas las generaciones, con la finalidad de romper con ese “imaginario social” que existe en torno a la sexualidad de la tercera edad. Si bien, cuando una persona mayor conoce qué es lo que está pasando con su sexualidad lo puede divulgar a los demás para defender sus derechos. Esto se puede lograr teniendo una comunicación asertiva.

Comunicación Asertiva

La comunicación asertiva es una habilidad social. Caballo (1986 citado en Caballo, 1993) define las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo en un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

La conducta asertiva se caracteriza por la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de otras personas (Lega, Vicente y Ellis, 1997).

Cuando esta comunicación se da una forma positiva, estos son los beneficios que se obtienen (Gericare, 2015):

- Favorece la identidad y el sentido de pertenencia en el que se desenvuelve.
- Cooperar, informa, forma, orienta y transforma aquellas ideas o pensamientos que se tiene sobre algún tema.
- Estimula y motiva a que los adultos mayores hagan actividades que deseen.
- Mejora la calidad de vida de las personas mayores.
- Tienen un mayor apoyo familiar.
- Disminuye prejuicios y estereotipos en la vejez.
- Fortalece la participación de los adultos mayores en cualquier ámbito.
- Se genera un nuevo o mejor punto de vista de la vida.

NOTAS:

- El facilitador puede complementar la presentación con más información.
- El facilitador puede explicar primero todo el tema de sexualidad y cuando se realice la actividad de “Siendo claro y preciso” puede explicar la segunda parte de la conferencia en donde se abordará el tema de comunicación asertiva.

Conferencia 3: “Nuestro amigo el condón”

¿Qué pasa con los adultos mayores y las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Actualmente se tiene la idea de que las ITS y VIH/SIDA solo ocurren en los jóvenes. Sin embargo, publicaciones en el British Medical Journal en el 2012 (revista médica publicada semanalmente en el Reino Unido por la Asociación Médica Británica) mostró que el 80% de las personas entre 50 y 90 años de edad son sexualmente activos y los casos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) aumentaron en más del doble en ese grupo de edad durante los últimos 10 años. Así como también, un informe por el Dr. Marcelino Chávez del Instituto Mexicano del Seguro Social, muestra que en junio del 2016 se tenía un registro de 184 mil 304 casos de infectados con VIH (Inforesidencias, 2016).

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Las ITS son infecciones que se propagan principalmente de personas a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus, protozoos, hongos y parásitos que acompañan a estas infecciones (CAOPE, s.a)

A continuación se muestra una tabla con las diversas ITS.

Tabla 2.

Infecciones de transmisión sexual.

Nombre	Agente causal	Síntomas clínicos
Sífilis	Espiroqueta Treponema pallidum.	Presencia de lesiones rosadas, poco dolorosa, endurecida, fondo liso, brillante y secreción serosa o escasa.
Gonorrea	Bacteria Neisseria gonorrea.	Sensación de ardor o quemadura en la uretra, dificultad para orinar y goteo de un líquido verde-amarillento por la mañana.

Clamidia	Bacteria Chlamydia trachomatis.	Actúa silenciosamente, pero se puede tener presencia de flujo amarillento, acuosos y con mal olor y dolores en el vientre.
Tricomoniasis	Protozoario Trichomonas vaginalis.	Flujo abundante, amarillento, con ampollas de agua, con mal olor, picazón y dolor.
Virus herpes genital	Herpes simplex tipo 1 (región bucal). 2: Herpes simplex tipo 1 (región genital).	Sensibilidad en el área genital con sensación de hormigueo, ardor y picazón, aparecen pequeñas ampollas, seguidas de vesículas con contenido verdoso.
Virus papiloma humano	Virus del papiloma humano (VPH).	Aparición de verrugas rugosas (depende de la localización será el dolor).
VIH/SIDA	Acción del virus de la inmunodeficiencia humana.	Fiebre, dolor y malestar (parecidos a los síntomas de una gripa).

Fuente: Barros, s.a.

¿Cuáles son los factores que predisponen a los adultos mayores?

- Las personas de 50 años y más años hablan menos de sexualidad y de sus conductas, que pueden tener menor conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, ya que los síntomas pueden confundirse con otras situaciones de salud (Stuardo y Gajardo, 2016; Sabian, 1987 y Weiler, Mugas y Pomerantz, 1988, citados en Brañas y Serra, 2009).
- Aumento de la actividad sexual con una nueva pareja debido a divorcio, muerte del cónyuge o cambio en una relación (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, s.a)

- Hay una gran carencia de información sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual en las poblaciones de adultos mayores (CNN, 2012; Departamento de Salud del Estado de Nueva York, s.a).
- Los equipos de salud suelen preguntar menos a los adultos mayores sobre sus conductas sexuales y ofrecen con menor frecuencia el examen de detección y consejería, debido a que se piensa que los adultos mayores ya no les importa la sexualidad y piensan que esta etapa es asexual (Stuardo y Gajardo, 2016).
- Debido a los cambios fisiológicos en las mujeres (las paredes vaginales son más finas y la lubricación menor) son más vulnerables a sufrir lesiones durante las relaciones sexuales y por tanto tienen más riesgo (Hanzeliková, 2006; CNN, 2012).
- Los hombres que suelen usar viagra, son más vulnerables (CNN; 2012; Departamento de Salud del Estado de Nueva York, s.a).

¿Qué se puede hacer?

- Usar un condón de látex o un condón femenino cada vez que tenga relaciones sexuales. Si bien no tiene que preocuparse de un embarazo, debe hacerlo por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Los condones correctamente usados en una relación sexual son muy eficaces para prevenir el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, s.a; Planned Parenthood, 2018)

Como ya vimos, las personas mayores no están exentas de que puedan contraer una ITS o el VIH/SIDA. Pero para que se pueda continuar disfrutando de la vida sexual, se puede utilizar el condón, para lo cual hablaremos de ello a continuación.

El condón Masculino y Femenino

¿Qué es un condón?

Es una funda muy fina y elástica, hecha de látex u otra materia similar, con que se cubre el pene al realizar el coito; sirve para impedir que la mujer quede embarazada y para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Historia del condón

El uso del condón se remonta al antiguo Egipto (120 Ac; Durex, s.a.a) en el que la imagen más parecida a un condón aparece en algunos murales en donde algunos hombres portan en sus penes una especie de envoltura, aunque el propósito se desconoce (Sico, s.a.a). Además, en China se recomendaba cubrir el pene con papel de arroz empapado con aceite para evitar los embarazos no deseados y la transmisión de ITS (El Laboratorio Profeco, 2004)

En Europa, se encuentra la primera prueba que confirma el uso de preservativo en algunas escenas de las pinturas rupestres en Combarelles, Francia que datan de los años 100 a 200 AC (Durex, s.a.a). Muchos historiadores creen que los soldados romanos, durante las campañas militares fuera en Roma, fueron los primeros en usar condones hechos de intestinos secos de borrego que usaban para protegerse contra enfermedades venéreas, que se decía había sido enviados como azote por Venus, diosa del amor (Sico, s.a.a; El laboratorio Profeco, 2004). Con la caída del Imperio Romano, el uso de “condones” se volvió raro y su uso casi se pierde en la Edad Media (Sico, s.a.a).

En Francia, en el siglo XVII, se indica que el condón fue “re-inventado” por el Marqués de Sade cuando envolvió su pene en una tira de tocino antes de sodomizar gallinas vivas (Sico, s.a.a), además, en este siglo y en el siguiente se retoman grabados y dibujos que indican la fabricación de condones de intestino de carnero como algo común (Sico, s.a.a).

En 1564 se detectó la referencia escrita más vieja de que se utilizaban telas como condón, una funda de lino fino bañada en una infusión de hierbas astringentes, en un tratado sobre la sífilis (De morbo gallico) de Gabriello Fallopio (anatomista italiano) para evitar el contagio de la enfermedad (Durex, s.a.a; Sico, s.a.a; El Laboratorio Profeco, 2004). Además, otros materiales populares durante estos años eran el cuero, papel de óleo y tripas de animales (Durex, s.a.a).

Se tienen dos posibles explicaciones sobre el nombre del condón (1600):

1. Podría derivar del vocablo latino *condus* (receptor) y *condere* (esconder, proteger);
2. Pudo adoptar su nombre del doctor *Condom* o *Quondam* que fabricaba protecciones a partir de intestinos de animales para el rey Carlos II de Inglaterra que no deseaba tener más hijos ilegítimos (Durex, s.a.b; Sico, s.a.a; El laboratorio Profeco, 2004).

En 1843, con el proceso de la vulcanización del caucho (Goodyear y Hancock) hizo posible producir en masa y en menor costo los condones (Sico, s.a.a). Este proceso, que consiste en tratar el caucho bruto con azufre y someterlo a la acción de calor intenso, el látex se convierte en un material muy resistente y elástico (Sico, s.a.a). En estos años, en Estados Unidos se fabricaron condones que podían usarse varias veces y venían con manual de instrucciones, mientras que en 1880 salieron a la venta los primeros preservativos de látex (El Laboratorio Profeco, 2004).

En 1921 se hizo la primera adaptación moderna del condón cuando un trabajador de una empresa en Akron, OH (Alfred Trojan) sumergió accidentalmente su pene erecto en una tina de caucho vulcanizado (Condom, s.a).

Para 1935 se producían en Estados Unidos 1.5 millones de condones de látex al día pero para los años 60's, con la píldora anticonceptiva y tratamientos contra las ITS, se dio la revolución sexual que ocasionó una caída importante en la venta de condones (El Laboratorio Profeco, 2004).

En los años 80's, con la aparición del VIH/SIDA incrementó su venta y para los años 90's se emplea nuevas tecnologías que han mejorado la calidad de los condones (Durex, s.a.a; El Laboratorio Profeco, 2004).

Para dar certeza que el condón es útil y seguro. A continuación se describirá el proceso de fabricación y las pruebas de control de calidad de estos.

Proceso de fabricación del condón

Este proceso consiste en los siguientes pasos:

- 1) *Extracción:* El látex se extrae de algunos árboles como el caucho de Malasia, a estos se les realiza cortes en la corteza; la sustancia que escurre se recoge en vasijas, se envía a la fábricas donde cada una es clasificada y se le da un número de lote (Infomed Red -telemática de Salud, s.a) El látex también puede ser obtenido e forma sintética por medio de la polimerización de derivados del petróleo (InfoRed SIDA, 2011a).
- 2) *Producción:* Se le añade químicos (estabilizadores, antioxidantes y químicos vulcanizantes) al látex natural químicos y se calienta (pre vulcanización) para darle estabilidad y resistencia; los químicos reaccionan al látex reduciendo los alérgenos (InfoRed SIDA, 2011a; Condoms Production and Distribution Company, CRP, 2010a). El látex se pasa a unos recipientes de curado, cuando el grado de este ha sido alcanzado la mezcla de látex es vertida a unas cubas de inmersión (Infomed

Red Telemática de Salud, s.a; CPR, 2010a). En esas cubas se introducen moldes de vidrio que se sumergen en látex a velocidad variable para que el látex se seque después de cada inmersión y se rotan para que se distribuya por igual (Infomed Red Telemática de Salud, s.a; Durex, s.a.b; CPR, 2010a). Después del secado, el molde vuelve a sumergirse en látex para una segunda capa; el grosor del condón es determinado por la velocidad de la cadena y de la viscosidad del compuesto del látex (Durex; s.a.b; CPR, 2010a). Previo al último período de secado, el anillo del condón es formado por unos cepillos giratorios y finalmente, los moldes pasan a través de un horno de vulcanización a temperatura controlada, esto completa las reacciones químicas y los condones de látex obtienen su resistencia y elasticidad (Infomed Red Telemática de Salud, s.a.; Durex, s.a.b).

3) *Lavado*: Son sumergidos en tanques de lavado con agua caliente e ingredientes especiales con la finalidad de que desprendan y extraigan los residuos químicos del condón, más tarde son retirados de los formadores por cepillos automáticos (Infomed Red Telemática de Salud, s.a; Durex s.a.b; CPR, 2010a). Los condones son lavados en una emulsión de silicón y cubiertos de un compuesto de polvo en una lavadora industrial para que obtengan su textura, posteriormente son secados por medio de fuerza centrífuga y calor que extrae la mayoría del agua residual y humedad (Infomed Red Telemática de Salud, s.a; Durex s.a.b; CPR, 2010a). Durex (s.a.c) menciona que los condones se guardan por 2 días para proceder al siguiente paso, el control de calidad.

4) *Control de Calidad*: Los estudios de control de calidad de los condones se realizan con base en normas internacionales lo que garantiza un grado de confiabilidad elevado con respecto a fallas relacionadas al proceso de fabricación (Infomed Red Telemática de Salud, s.a.). Las pruebas de calidad se realizan antes (a la materia prima), durante el proceso y al producto terminado (Infomed Red Telemática de Salud, s.a.; CPR, 2010a). Los fabricantes someten a pruebas electrónicas a todos los

condones para detectar la presencia de imperfecciones (falta de uniformidad en el espesor del látex) o agujeros a través de una máquina que detecta corrientes de aire (Infomed Red Telemática de Salud, s.a; Durex s.a.b; CPR, 2010a; Durex, s.a.c; Durex, s.a.d).

Se hacen además otras pruebas para medir la seguridad de los condones y son:

- 5) *Filtrado de agua*: Consiste en llenar el preservativo con una cantidad específica de agua y colgarlo por un minuto (Infomed Red Telemática de Salud, s.a; Durex, s.a.d). Si aparece cualquier humedad o filtración en la superficie, es signo de la existencia de orificios y derrames, por consiguiente, el condón no pasará la prueba a una muestra de 2 millones de condones por mes.
- 6) *Resistencia a la tensión*: En esta prueba se corta una sección del preservativo y se estira hasta el punto de rotura, para determinar la calidad del látex (Infomed Red Telemática de Salud, s.a). Se mide el grado de resistencia del material antes de romperse y la longitud que alcanza en el momento de la rotura, además para verificar constantemente la calidad del material (Infomed Red Telemática de Salud, s.a).
- 7) *Inflado por aire*: Aquí se inflan con aire los condones hasta que revientan permitiendo localizar fallas y defectos en el látex (Infomed Red Telemática de Salud, s.a). Se realiza para proveer la rotura de los condones durante su uso revisando su resistencia y elasticidad (Infomed Red Telemática de Salud, s.a). En Durex (s.a.a) se realiza la prueba a una muestra de 500,000 condones por mes. Cualquier condón que falle en estas pruebas provoca que se detenga el lote de condones al que pertenece siendo descartado y no puesto a la venta (Durex, s.a.d; CPR, 2010a).

8) *Lubricación y sellado*: Finalmente, los condones que fueron aceptados en la prueba individual son lubricados y empacados automáticamente por una máquina selladora (“foil”) que los introduce en su empaque individual; estos son sellados a través de calor y se les estampa el número de lote y fecha de fabricación o de expiración (Infomed Red Telemática de Salud, s.a; Durex, s.a.c; CPR, 2010a). Los moldes de vidrio, antes de pasar por un nuevo proceso, se someten a un sistema que limpia cualquier residuo que haya quedado de las sumergidas anteriores (CPR, 2010a).

Tipos de Condonos

Existe una gran variedad de condones que pueden ser elegidos de acuerdo a tres clasificaciones, por usuario, por tipo práctica sexual y por el material con el que están elaborados (CENSIDA, 2010b) los cuales se describirán a continuación:

Usuario:

- *Masculino*: Es una funda que se coloca en el pene erecto para prevenir el intercambio de fluidos corporales (el paso de espermatozoides) durante las relaciones sexuales y proteger la salud (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b). Se recomienda que los hombres practiquen el uso correcto del condón y prueben uno con su pareja antes de tener relaciones sexuales (CENSIDA, 2010b).
- *Femenino*: Las mujeres son 4 veces más vulnerables de infectarse con el VIH que los hombres ya que el área de los genitales femeninos expuestos a semen y otros fluidos sexuales es más grande que el de un hombre (OPS, 2005c). Para ello, el condón femenino, que es una funda que se pone en la vagina y se hace lo posible que las mujeres tomen la decisión de usar condón (OPS, 2005c). El condón femenino es fabricado de poliuretano y desde el 2003 se está utilizando polímetro de nitrilo, que es un material más fuerte que el látex, tiene una mejor resistencia a los cambios de temperatura, no tienen efectos secundarios y conduce el calor

manteniendo la sensibilidad (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b). Este condón es más amplio que el condón masculino, protege más contra las ITS porque cubre una gran parte de los genitales femeninos (vagina, cuello del útero y genitales externos) y la base del pene, no obstante, el precio de un condón femenino es más alto que un condón masculino (OPS, 2005c), aunque el uso de polímero de nitrilo reduce sus costos. Se recomienda que se practique el uso correcto del condón antes de la relación sexual para familiarizarse con él (CENSIDA, 2010b).

Práctica sexual:

- *Sexo Oral:* El tejido de la boca puede permitir el ingreso de fluidos infectantes y si hay lesiones incrementa la posibilidad de contraer el VIH/SIDA o alguna ITS, por ello, se debe utilizar condones sin lubricante, delgados (ultra sensibles), de sabor, de aroma o bien cortar un condón de tal manera que la zona queda bien protegida (CENSIDA, 2010a; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2004; Sico, s.a.b; Durex, s.a.e; Prudence, s.f; Trojan, s.f). Además, para su uso se ha puesto a la venta lubricantes de sabores que ayuden a su práctica (CENSIDA, 2010b; InfoRed, 2011a).
- *Sexo Anal:* La mucosa ano rectal es frágil y sensible a infecciones y accidentes que pueden provocar hemorragias y otras lesiones más delicadas y graves, por lo que se le considera una situación propicia para la adquisición y la transmisión de ITS incluso cuando no hay eyaculación, por lo que es recomendable en la práctica del sexo anal a utilizar un condón (CENSIDA, 2008). Este tipo de prácticas el condón se somete a mayores esfuerzos por lo que es conveniente utilizar un preservativo más grueso (reforzado-extra, resistente 0-09mm de grosor) y con mucho lubricante; además también se puede utilizar el condón femenino removiendo el anillo del interior y colocándose en la punta del pene para que lo empuje al penetrar (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011). Además, para su uso se ha puesto a la venta lubricantes que faciliten la penetración (CENSIDA, 2010b; Sico, s.a.b; Trojan, s.a).

- *Sexo Vaginal*: Al tener relaciones sexuales tienen riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA, además hay riesgo de embarazos no deseados, por lo que el uso de condones es muy importante para reducir la probabilidad de que ocurran y son los más conocidos en el mercado por su amplia variedad (CENSIDA, 2010a). Se tienen: lubricados (el lubricante sirve para evitar rupturas del condón, además lo emplean aquellas mujeres que no lubrican “normalmente”), de colores, de diversos tamaños (regular de 12 a 18 cm de largo o de más de 18 cm), de texturas (con puntos para estimular al hombre, con estrías/anillos para estimular a la mujer o ambos), de diversos grosores de la pared de látex (extra resistente-0.09mm ideal para el sexo prolongado, más de 10 min sin eyacular; normales - 0.08mm), con espermicida (estos condones están lubricados con un agente espermicida llamado nonoxynol 9, este tipo de lubricante se encarga de matar a los espermatozoides) y retardantes (estos condones están lubricados con un líquido llamado Bencaína al 5%, lo cual tiene el efecto de adormilar por un rato el pene y con ello pueda ser más duradera la relación sexual) (Sico, s.a.b; Durex, s.a.e; Prudence, s.a; Trojan, s.a.).

Material:

- *Látex*: Es el más distribuido y utilizado en todo el mundo y tienen un promedio de 5 años de vida; estos se pueden deteriorar si se expone a ciertas condiciones como luz ultravioleta o calor, por lo que deben guardarse en lugares que no lo dañen (bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, cajetilla de cigarros, caja de chicles, porta condones; además de tomar en cuenta que las condiciones que se mencionan más adelante) y utilizarse con lubricantes a base de agua (OPS; 2005a). Dentro de los condones de látex hay condones texturizados tanto para hombres, como para mujeres, algunos tienen puntos para sentir más rico en el caso de los hombres y para las mujeres tiene líneas u otros tienen rayas y puntos para que ambos sientan más rico, otros llamados “piel sensitive” porque son más delgados. Además de estos, hay otros condones que provocan sensaciones en el pene del hombre, como sentir frío,

efecto retardante (para que duren más tiempo en el acto sexual), anatómicos o rectos, por mencionar algunos. Para este tipo de condones se debe de utilizar lubricante a base de agua. El precio de estos tipos de condones varía, hay desde \$5 pesos hasta \$15 pesos (esto va depender de la marca y el lugar de su compra).

- *Poliuretano*: Este tipo de condones son utilizados por las personas que resultan ser alérgicas al látex, además previene embarazos no deseados, la transmisión de las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010c). Para este tipo de condón se puede utilizar lubricantes a base de agua y a base de aceite. Estos condones se pueden utilizar para prácticas sexuales vaginales, su grosor es de 3 milimicras, se pueden encontrar anatómicos, rectos, de color, de sabor, de olor, sensitivos, con algún efecto, pero estos no son muy comerciales y la mayoría de las veces solo se encuentran en condonerías y sex shop. Su costo aproximado es de \$20 pesos por pieza (el más conocido es de la marca “Triángulo”) hasta \$90 pesos (depende de la marca y el lugar de su compra).
- *Poliisopreno*: Estos condones son de un material parecido al poliuretano, utilizado para las personas que son alérgicas al látex. Para este tipo de condón se puede utilizar lubricantes a base de agua y a base de aceite. Los más conocidos son de la marca SKYN, se puede comprar en condonerías o sex shops, su costo es de aproximadamente \$35 pesos por pieza.
- *Polímero de Nitrilo*: En el 2003 se empezó a desarrollarse la segunda generación (CF”) que está fabricado de un caucho sintético, llamado polímero de nitrilo y fabricado sin látex. Su precio es de \$80 pesos aproximadamente (Católicas por el Derecho a Decidir, s.a).

Ventajas y retos del uso del condón

Algunas de las ventajas está en que su uso correcto reduce hasta un 99% el riesgo de contraer VIH/SIDA por la transferencia y paso de fluidos como la sangre, semen y algunas bacterias que provocan algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011). Algunos de los retos para que su uso sea consistente son:

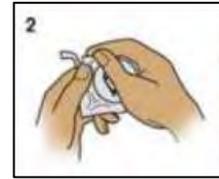
- Subestiman el riesgo, la mayoría no creen que están expuestos a contraer el VIH/SIDA o algunas ITS en sus relaciones sexuales (OPS, 2005a).
- El precio por unidad del condón en los servicios de salud puede ser alto para algunas personas y la disponibilidad de este en algunas regiones del país es difícil. Sin embargo, existen lugares como Centros de Salud donde regalan condones para planificación y prevención de infecciones sexuales (OPS, 2005a).
- Algunas personas no se sienten capacitadas para exigir el uso del condón, otras muestran actitudes desfavorables, como la religiosa (es pecado usar condón) y culturales (machismo, ya que se dice que si las mujeres piden que sus parejas usen condón es porque ellas les están poniendo los cuernos) o bien como el creer que utilizar condón no se siente igual (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010b).

Ya que hemos visto, la historia del condón, los tipos por práctica sexual y los materiales de lo que están hechos, es de suma importancia pasar a cómo se coloca correctamente el condón, ya que a pesar de las tantas pruebas se hacen para que sea efectivo, este debe ser colocado correctamente. A continuación les explicaré paso a paso cómo se coloca correctamente.

Uso correcto del Condón Masculino

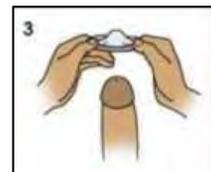
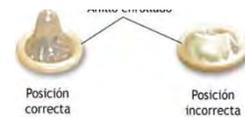
Utiliza un condón nuevo para cada relación

- Revisa la envoltura del condón, si está roto o dañado mejor utiliza otro.
- El empaque debe de tener una burbuja de aire. Revisa fecha de caducidad, siempre resta dos años a la fecha de caducidad, si el condón sobrepasa esta fecha deséchalo.
- En el caso de que no tuviera fecha de caducidad, debe de tener fecha de elaboración a la cual tienes que aumentarle dos años.
- Ábrelo cuidadosamente por el lado dentado (recorriendo el condón al lado contrario del lado por donde lo vas a abrir) no utilices las uñas, ni los dientes, ni tijeras, ya que pueden dañar el condón.



Antes de la relación sexual coloca el condón en la punta del pene

- El pene debe de estar completamente erecto.
- Antes de colocarlo, baja el prepucio descubriendo el glande.
- Coloca el condón del lado correcto, si colocaste el condón al revés, deséchalo y utiliza otro.
- Coloca lubricante en el glande y en la vagina.
- Coloca el condón en la punta del pene con el lado enrollado hacia fuera.



Desenrolle el condón de forma completa hasta la base del pene

- Con el dedo pulgar y el anular toma el receptáculo (la punta del condón) dale dos vueltas y sin soltarlo desenrolla el condón hasta la base del pene.



- Si el condón no se desenrolla con facilidad, posiblemente lo hayas puesto al revés, revisa si está dañado o demasiado viejo, tíralo a la basura y toma uno nuevo.



Para comenzar a penetrar

- Coloca los dedos índice y anular en la base del pene tomando el condón.
- Sin soltarlo, introduce el pene a la vagina, una vez que el pene está adentro de la vagina, quita los dedos para comenzar con tu relación sexual

Después de eyacular, sostén del borde del condón con papel higiénico y retira el condón mientras el pene está erecto.

- Retira el pene erecto de la vagina y tomando el condón desde la base con papel higiénico.
- Quita el condón (con ayuda de un poco de papel higiénico) deslizándolo, evitando que se derrame el semen.
- Desecha el condón envuelto en el papel higiénico



Elimine el condón.

- Al momento de retirar el condón deposítalo en el cesto de basura.
- No lo tires al inodoro, ya que lo puedes tapar.
- Si vuelves a tener sexo, utiliza un condón nuevo.

Uso Correcto del condón Femenino

- Revise el paquete del condón, si está dañado o roto, no lo utilices.
- De igual forma revisa la fecha de caducidad, no lo utilices si ya pasó de la fecha de caducidad.
- Identifica la flecha en el envoltorio, rasga en esta parte del empaque para que puedas sacar el condón.



- El condón está compuesto por dos aros, el aro interior y el aro exterior, sostenga el aro interior y forma un 8

- Colócate o coloca a tu pareja en una posición cómoda, puede subir alguna de sus piernas en la cama o en la silla (posición A), sentada y abriendo las piernas (posición B), estar en cuclillas abriendo un poco las piernas (posición C) o acostada y abriendo las piernas (posición D).



- Con una mano sostén el aro interno y con la otra mano separa los labios mayores (los labios externos) y ubica la abertura de la vagina.
- Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda.
- Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Fuera de la vagina, tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón junto con el aro.
- Tú o tu pareja deben de guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón (y no entre el condón y la pared de la vagina).



- Al terminar la relación sexual, toma el aro exterior (con papel higiénico) y dale algunas vueltas, después, con cuidado jala el condón.
- Coloca el condón en su empaque o envuélvelo en papel higiénico y tíralo a la basura.
- Recuerda que es un condón por relación sexual.



Como ya vimos, el uso del condón previene las ITS y VIH/SIDA, ya que no hay una edad de riesgo para contraer alguna ITS. Por otra parte, con la gran diversidad de estilos, formas de condones, aumentan la sensación para ambos miembros de la pareja. (Planned Parenthood, 2018). Esto ayuda a que los adultos mayores puedan tener una mejor sensación en sus relaciones sexuales y como prevención.

NOTA:

- Se le recomienda a facilitador revisar el video sobre la fabricación y pruebas de calidad de los condones. “*Fabricación de preservativos*” <https://www.youtube.com/watch?v=SWKzRcf8KS4>
- Si el facilitador lo cree conveniente, lo puede reproducir durante su conferencia.

Conferencia 4: “El diagnóstico solo es una palabra”

Como ya hemos visto, la sexualidad en los adultos mayores también se ve afectada por diversos factores, como el padecer algunas enfermedades crónicas degenerativas y el uso de fármacos que suelen tomarse para estas enfermedades.

La mala salud física o psíquica puede llevar a una disminución del deseo y a una alteración en la respuesta sexual, sobre todo las enfermedades que desfiguran el cuerpo o alteran negativamente la imagen corporal. A continuación se describen algunas de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, así como también se exponen cómo es que afectan al deseo sexual (Instituto Gerontológico, 2018).

- **Enfermedades cardiovasculares**

Este tipo de enfermedades no afecta el deseo sexual, pero sí su ejecución. Lo único que se recomienda es acomodar sus relaciones sexuales de tal manera que no aparezca dolor en el pecho ni sensación de falta de aire.

- **Hipertensión arterial**

Con una hipertensión leve o moderada no es necesario restringir las relaciones sexuales. Sin embargo, algunos medicamentos para controlar estas enfermedades disminuyen el deseo sexual.

- **Enfermedades neurológicas**

Las enfermedades cerebrovasculares en los adultos mayores no causan un agravamiento de la actividad sexual, sino, la baja autoestima, los problemas de movilidad, de comunicación y la depresión frecuentes en estos pacientes alteran su vida sexual. En la Enfermedad del Parkinson (la llamada temblorina) en donde se presenten movimientos involuntarios y las demencias en donde se les olvida tener relaciones sexuales no afectan directamente tener relaciones sexuales si están controlados.

- **Enfermedades pulmonares**

Las relaciones sexuales no se alteran por la propia enfermedad sino por la falta de aire, la mala oxigenación o el uso de algunos medicamentos utilizados para estas enfermedades.

- **Enfermedades urológicas**

Este tipo de enfermedades no afectan las relaciones sexuales. Sin embargo, las personas que presentan incontinencia no tienen relaciones sexuales debido a la incomodidad que sienten o pensamientos como “me va a andar de la pipi o me haré de la pipi mientras tengo mi relación sexual”.

- **Enfermedades Osteoarticulares**

Las enfermedades osteoarticulares puede afectar el deseo sexual por la ingesta e algunos medicamentos para estas, así como también se debe de buscar posiciones que no le produzca dolor durante el acto sexual.

- **Enfermedades Metabólicas**

Una de las enfermedades más común, es la diabetes, la cual, si provoca una falta de deseo por la ingesta de medicamentos, así como también, las alteraciones circulatorias debido a la falta de presión sanguínea para mantener una erección.

- **Trastornos Afectivos**

La ingesta de medicamentos y la dificultad para mantener relaciones personales, disminuyen el deseo sexual, tal es el caso de la depresión.

Fármacos que afectan el deseo sexual en hombres y mujeres mayores

Es cierto que muchos medicamentos alteran la función sexual normal. La mayor parte de estos fármacos pueden ser igual de eficaces a dosis ligeramente inferiores y otras veces se puede cambiar a otro medicamento alternativo dentro del mismo grupo de tratamiento, que tenga los mismos beneficios, pero no los efectos secundarios sobre la función sexual. Es necesario que consulte a su médico (Instituto Gerontológico, 2018). En la tabla 3 y 4 se muestran algunos de los medicamentos que alteran la función sexual en hombres y mujeres.

Tabla3. *Fármacos que afectan el deseo sexual en las mujeres.*

Aumento de deseo sexual	Disminución de deseo sexual	Empeoramiento de la excitación y orgasmo
Andrógenos, ansiolíticos, benzodiazepinas.	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromacina, estrógenos.	Anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos.

Fuente: Instituto Gerontológico, 2018

Tabla 4. *Fármacos que afectan el deseo sexual en los hombres.*

Aumento de deseo sexual	Disminución de deseo sexual	Impotencia
Andrógenos, diazepam, levodopa, haloperidol (bajas dosis).	Los fármacos antiandrógenos empleados en el tratamiento del cáncer de próstata, antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromacina, estrógenos.	Anticonvulsivantes, algunos antibióticos, antiarrítmicos, algunos antihipertensivos (diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas), ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos, levodopa, litio, analgésicos opiáceos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, metoclopramida, clofibrato, naproxeno, estrógenos.

Fuente: Instituto Gerontológico, 2018

Como ya vimos, son diversos los factores que afectan la sexualidad en los adultos mayores. Pero esto no es un impedimento para continuar disfrutando de su propia sexualidad, se pueden buscar alternativas para que se pueda continuar disfrutando de su propia sexualidad de una manera placentera, responsable y satisfactoria.

ANEXO 3

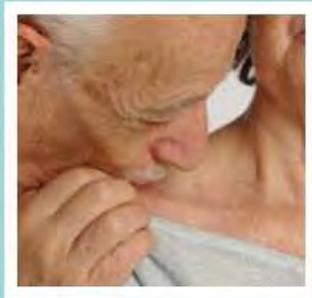
MANUAL

DEL

FACILITADOR

"con
AMOR

*HASTA EL
FINAL."*



**"El viejo no puede
hacer lo que hace un
joven: pero lo que
hace es mejor."
Cicerón**



INTRODUCCIÓN

El aumento de la población de adultos mayores se debe a que a finales de la década de los sesenta, el aumento de la esperanza de vida generó una base piramidal cada vez más angosta y una proporción cada vez más alta de adultos (30 a 59 años) y adultos mayores (60 y más años). Los primeros incrementaron su porcentaje de 26 a 36.7% entre 1990 y 2017; mientras que en las personas de 60 y más años acrecentaron de 6.4 a 10.5% en el mismo periodo, y se espera que en 2050 su monto aumente a 32.4 millones (21.5% de la población total) (CONAPO, 2015).

El aumento de los adultos mayores implica desafíos importantes en materia de política pública. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (s.a), el envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral, financiero y la demanda de bienes y servicios, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

A pesar del aumento de la población de adultos mayores, la sociedad, instituciones, familia, entre otros, ignora a este tipo población, ya que, la gente adulta tiene una concepción errónea del adulto mayor, donde lo visualizan como una persona que va perdiendo sus capacidades, ahora sus movimientos son más lentos, los consideran un estorbo y se olvidan que estas personas son iguales a aquellas que las menosprecian, porque también tienen sentimientos, metas, sueños y también desean ejercer su sexualidad.

La sexualidad en el adulto mayor, se vuelve un tema de controversia e incluso no se habla de ese tema, ya que, para las personas, en general piensan que la sexualidad se vive en la juventud y en la vejez ya no se debe ejercer o bien ésta ha concluido. Esta concepción de la sexualidad en los adultos mayores se da por la falta de información de lo que realmente pasa con la sexualidad en la etapa de la vejez y esto causa que las personas que rodean a los adultos mayores tengan una concepción errónea de la sexualidad, así como también ellos al no tener información, ignoran como pueden ejercer su sexualidad y cuidar de su salud sexual.

Esta falta de información acerca de la sexualidad en adultos mayores se ve manifestada en todos aquellos comentarios que realizan las personas que los rodean, como por ejemplo: *“Ese viejito ya no puede”, “Es un viejo rabo verde”, “Ni aguanta nada”, “Ni las pastillas azules le hacen efecto”*, por mencionar algunas. Estos comentarios causan efectos negativos hacia los adultos mayores, porque ellos se los creen y por ende reprimen su sexualidad a pesar de que ellos puedan y quieran ejercer su sexualidad.

Por ello, es necesario conocer más acerca de la sexualidad de los adultos mayores, brindando un taller dirigido a ellos para que sepan lo que realmente pasa con su sexualidad y puedan hacer frente a ella.

Aspectos Generales

- *Características del Taller*

El presente taller está compuesto por 5 sesiones de una hora con treinta minutos, donde se abordarán diversas temáticas como los cambios fisiológicos en los adultos mayores, salud

sexual, prevención y acciones para que los adultos mayores continúen con su vida sexual de manera plena, satisfactoria y con responsabilidad.

- *Características de los Facilitadores*

El facilitador o los facilitadores tiene que ser psicólogos preparados y expertos en temas relacionados con Psicología de la Salud, además, deben de contar con habilidades, tales como: facilidad de palabra, ser dinámicos, proactivos, creativos, responsables, amables, flexibles, confiables, empáticos y contar con habilidades para el manejo de grupo.

- *Características de los Asistentes*

Los asistentes tienen que ser adultos mayores (de entre 65 a 80 años), que tengan interés en la temática de ejercer su sexualidad de manera plena, placentera y responsable.

- *Características del lugar*

El lugar tiene que ser un salón donde se pueda llevar a cabo las dinámicas programadas, un espacio propio en el que no existan interrupciones, amplio y limpio, que cuente con luz y sillas suficientes para todos los asistentes.

Sugerencias para los facilitadores

- *Lenguaje*

El lenguaje tiene que ser claro y sencillo, ya que hay que recordar que los participantes son adultos mayores y es posible que no entiendan algunos tecnicismos que el facilitador llega a tener en sus explicaciones.

- *Contacto visual*

El contacto visual resulta de suma importancia, es importante mirar a todos los asistentes, pero esta mirada debe ser normal, ya que si llega a ser muy intensa, esta provocará en la persona que se sienta intimidada.

- *Espacio*

Si el lugar lo permite, se pueden mover de un sitio a otro, de tal manera que no siempre estén estáticos en un solo lugar.

- *Dudas*

Los adultos mayores pueden tener una infinidad de dudas y más sobre estos temas, preguntar siempre al final de cada explicación si no tienen alguna duda o si quedó todo claro, al aclarar sus dudas hazlo de forma respetuosa y concisa, si no existieran dudas, recuérdales que existe un buzón de dudas, donde pueden escribir de manera anónima su pregunta y en sesiones posteriores se responderá (El buzón de dudas” se explica más adelante).

- *Información*

En este manual te presentamos algunos artículos que te pueden ayudar, sin embargo es importante que investigues y busques nuevas fuentes de información que complementen lo que sabes, recuerda que no somos una “enciclopedia viviente” y también podemos llegar a tener dudas y lagunas de información; ¡Mantente actualizado!

Sesión 1

“Socializando”

Bienvenida/Pre-evaluación

Objetivo de la Sesión: Generar un ambiente de trabajo sano para el abordaje de las temáticas en el taller.

Duración de la sesión: Esta actividad deberá realizarse en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: Esta sesión será el primer contacto que tendrá el facilitador con los integrantes del taller, por lo que, se programaron actividades lúdicas, las cuales van a permitir que el facilitador pueda conocer integrarse al grupo, dar a conocer el taller, así como también, conocer a los integrantes de dicho grupo. Después de estas actividades, se pasará a realizar la pre-evaluación. Esta está compuesta por tres cuestionarios, el primero evalúa el conocimiento de su propia sexualidad (“Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez”), el segundo evalúa la motivación (“Inventario de actitudes hacia la sexualidad”) y el tercero evalúa las habilidades conductuales (“Comunicación con la pareja y uso del condón”). Estos cuestionarios se conservaran para que se pueda realizar una comparación con los resultados obtenidos en la post-evaluación. Finalmente, el facilitador deberá explicar el uso del manual del participante, el buzón y aclarar las dudas que surjan.

❖ Desarrollo de la Sesión

Actividad 1: “Yo soy y estoy aquí.”

Objetivo de la actividad: El facilitador se presentará ante los participantes y se dará a conocer la metodología que compone el taller.

Materiales:

- Presentación en Power Point (realizada previamente por el facilitador). Esta deberá contener: 1° diapositiva: Nombre completo, edad, ocupación, procedencia y gustos del facilitador, 2° diapositiva: Presentación del taller (nombre, objetivo general, número de sesiones, duración de cada sesión, objetivo de cada sesión y temas a abordar en cada sesión).

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador tendrá su presentación proyectada en el pizarrón, la cual deberá tener de contenido: nombre completo, procedencia, gustos del facilitador, también, deberá tener la presentación del taller con objetivos, actividades en general, horarios. Al finalizar esta presentación, el facilitador deberá agradecer su presencia y ponerse a sus órdenes para cualquier duda.

Instrucciones para los participantes: “Buenos días/buenas tardes (según sea el caso). Mi nombre es: _____, vengo de: _____ y estoy aquí para impartir un taller con ustedes. A continuación me presentaré con más detalles apoyándome de esta presentación, si llegan a tener una duda, me lo puede decir y con mucho gusto le responderé.”

Cierre de la actividad: El instructor se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Esta ha sido una pequeña presentación por parte mía, ya que estaré con ustedes impartiendo el taller que lleva por título “*Con amor hasta el final*” y es necesario que me

conozcan, sepan algo de mí, ya que, a partir de este momento conformamos un grupo en el cual vamos a compartir anécdotas, vamos a aprender muchas cosas tanto de mí para ustedes como viceversa. Pero antes de ello, tenemos que conocernos un poco más y para ello vamos a realizar unas actividades lúdicas para ir creando esta confianza y un ambiente de respeto.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá tener una vestimenta semi-formal.
- La voz del facilitador deberá ser clara y con un tono medio.
- El facilitador debe de mirar a todos los asistentes mientras está hablando.

Actividad 2: “Cocktel de frutas”

Objetivo de la actividad: Conocer a las personas que van a conformar el grupo.

Materiales:

- 20 tarjetas con nombres de frutas y su respectiva imagen. (Uva, manzana, fresa, sandía, piña, naranja, plátano, durazno, papaya, coco, melón, pera, cereza, mango y ciruela) (Anexo 2.1).
- 20 seguros color dorado o plata de aproximadamente 2 cm cada uno.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: Cada integrante del grupo tendrá una ficha con el nombre de alguna fruta. Después deberán formar un círculo. Un vez que hayan formado el círculo, comenzarán a caminar en diferentes sentidos, pasados unos segundos, el facilitador dirá: -Quiero un cocktail fresa, piña y melón- y las personas que tengan el nombre de la fruta irán al centro del salón y se presentarán. Tendrán que proporcionar la información que dé respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuál es su nombre?, ¿Cuántos años tiene?, ¿Qué le gusta hacer? y ¿Qué le disgusta hacer?

Instrucciones para los participantes: “La primera actividad que vamos a realizar, se llama “Cocktel de frutas”. Para esta actividad, en la mesa hay tarjetas con nombres de frutas. Cada uno de ustedes va a pasar a tomar una de ellas y se la va a colocar en alguna parte que sea visible para todos. Después de que tomaron su tarjeta se van a colocar en el centro del salón para formar un círculo.

Después de que todos tiene una tarjeta y formaron un círculo.....

“Ya que estamos en el círculo, la dinámica consiste en lo siguiente: Todos vamos a caminar en diferentes direcciones, es decir, algunos deciden caminar hacia la izquierda, otros a la derecha, otros para atrás u otros para adelante, como gusten. Mientras ustedes están caminando en algún momento yo diré: -Quiero un cocktail de sandía, pera y melón- por poner un ejemplo. Entonces cuando yo diga eso, todos debemos de parar, escuchar cuáles son las personas que tienen el nombre de la fruta y deberán pasar al centro del salón. Una vez estando en el centro, cada uno de ellos se tiene que presentar, diciendo su nombre, edad, sus gustos, disgustos y expectativas del taller. ¿Tienen alguna duda? (El facilitador deberá responder o explicar nuevamente la dinámica si no se entendió). Esta actividad comienza ahora.”

Cierre de la actividad: El instructor se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “¿Les gustó la actividad? (esperar respuestas o comentarios). Como pudieron percatarse, esta primera actividad la realizamos para saber los nombres de cada uno de los integrantes para que cada vez que nos dirijamos, nos hablemos por nuestro nombre y con mucho respeto. Ahora que ya sabemos el nombre de cada uno, vamos a continuar con otra actividad para seguir conociéndonos, ir generando la confianza y alegrarnos.”

Sugerencias:

- Se espera que todos los asistentes participen de forma voluntaria. Si hubiera alguno que no quisiera participar no hay que forzarlo, se puede dejar al final de la actividad, insistiendo por última vez.

- Para crear un mejor ambiente se recomienda que el o los facilitadores también participen en la actividad.
- Cada combinación puede ser de 3 frutas, por ejemplo: 1° combinación: Piña, sandía y melón, 2° combinación: Manzana, plátano y pera, 3° combinación: Papaya, durazno y cereza, 4° combinación: Uva, ciruela y fresa, 5° combinación: Mango, coco y piña.

Actividad 3: “La última es la primera”

Objetivo de la actividad: Convivir con los integrantes el grupo mediante una actividad lúdica.

Materiales:

- 20 Sillas.
- 1 disco de música para el ganador.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: Los integrantes deberán estar sentados formando un círculo. La persona que inicie el juego deberá de decir cualquier palabra y la siguiente persona deberá decir otra palabra, pero con la última letra que termina la palabra, por ejemplo: Corazón, Niño, Oso. El tiempo límite para cada persona será de 10 segundos, no se tiene que repetir ninguna palabra, si las personas no cumplen con los requisitos, tendrá que abandonar el círculo y esperar hasta que termine el juego y la persona que gane, se llevará un CD de música.

Instrucciones para los participantes: “Ahora vamos a realizar una actividad que se llama “La última es la primera” y para ello requiero que cada uno de ustedes tomen una silla y formen un círculo.”

Después de que todos los participantes están sentados y hayan formado un círculo.....

“En esta actividad vamos a trabajar un poco de memoria y rapidez. Esta consiste, en que una persona debe de decir cualquier palabra y la persona que está sentada al lado de él o ella, deberá decir otra palabra, pero esta palabra deberá iniciar con la letra que terminó la palabra anterior que dijo su compañero/a. Por ejemplo, yo digo: Perro y la siguiente persona deberá decir una palabra que inicie con la letra “o”, ya que fue la letra con la que acabó mi palabra.”

“Para esta actividad, hay tres reglas fundamentales, las cuales son:

- 1) El tiempo límite será de 10 segundos para cada persona.
- 2) No se puede repetir ninguna palabra.

Si alguna persona se tarda más de 10 segundo o repite una palabra, perderá y se tiene que salir del círculo. Pero la persona que gane este juego, se llevará de regalo un disco de música.”

Cierre de la actividad: El facilitador le dirá a los participantes lo siguiente: “¿Estuvo complicada esta actividad? (esperar respuestas o comentarios). Estas actividades fueron planeadas para que nos conociéramos un poco, generar un ambiente de confianza, relacionarnos entre todos. Pero sobre todo quiero recalcar que desde este momento conformamos un grupo, en el cual se vale de todo, menos burlarse. Lo cual resulta importante que nos reconozcamos como un grupo de apoyo para que este taller se pueda llevar a cabo con éxito y puedan aprender nuevas cosas que se puedan o no aplicar en su vida cotidiana. Ya que nos conocemos un poco, ahora es momento de comenzar con una parte de nuestro taller, que es la aplicación de unos cuestionarios, los cuales explicaré a continuación.”

Sugerencias:

- Se pueden utilizar campos semánticos (Objetos de cocina, animales, vestimenta, canciones, por mencionar algunas).
- En vez de decir con la última letra, se puede pedir que se diga con las últimas dos letras.

- Se puede aumentar el tiempo para decir la siguiente palabra.

Actividad 4: “Pre-evaluación”

Objetivo de la actividad: Conocer el nivel de información que tienen los participantes con respecto a su sexualidad.

Materiales:

- 20 juegos de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez”. (60 fotocopias) (Anexo 2.2).
- 20 juegos del “Inventario de actitudes hacia la sexualidad”. (40 fotocopias) (Anexo 2.3).
- 20 juegos de “encuesta estudiantil sobre salud sexual.” (40 fotocopias) (Anexo 2.4).
- 20 Lápices (de cualquier número).
- 10 gomas.
- 10 sacapuntas.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 50 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador le proporcionará a cada participante un juego de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez”, “Inventario de actitudes hacia la sexualidad” y se les pedirá que lo lean con atención y lo contesten sin consultar a sus compañeros, se les explicará que la información es confidencial (únicamente el facilitador tendrá acceso a la información). Conforme vayan acabando de contestar el instrumento, el facilitador proporcionará el “Inventario de actitudes hacia la sexualidad” y finalmente el de “Comunicación con la pareja y uso del condón”.

Instrucciones para los participantes: “Como les acabo de mencionar, este taller esta compuesto por tres etapas. La primera consiste en una pequeña evaluación, la segunda se consiste en la implementación de todo el taller y la tercera nuevamente se aplica los mismos cuestionarios de la primera etapa. Así que esta primera evaluación forma parte de la primera etapa. Para ello, esta evaluación está compuesta por tres pequeños cuestionarios.

El primer cuestionario se llama "Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez" el cual me permitirá evaluar el nivel de conocimiento que ustedes tienen con relación a su sexualidad, pero no se espanten, esto no significa si van a aprobar o a reprobar, simplemente son datos que me va a permitir dar un reporte, así que no se preocupen, ustedes solo contesten conforme a lo que sepan. El segundo cuestionario se titula "Inventario de actitudes hacia la sexualidad" y el último es el de "Comunicación con su pareja y uso del condón". Estos cuestionarios son muy cortos, les reitero que no son para juzgar a ver quién sabe más o menos, solo es para conocer qué temas saben y cuáles no, así que lo pueden contestar sin ninguna preocupación, así mismo, les voy a pedir que contesten únicamente lo que se les pide, la información que proporcione es confidencial, únicamente la revisarán los facilitadores. Su edad y sexo debe ser escrito en el lugar que corresponde. Así mismo, estos tres cuestionarios los aplicaré al finalizar el taller, esto lo hago con el objetivo de verificar si causo algún efecto el taller, entonces les pido de la manera más atenta que contesten con toda la verdad. Si no hay dudas por el momento, pueden comenzar a contestar. Si en alguna pregunta ustedes no entienden lo que se les está preguntando, pueden levantar la mano y con gusto iré a su lugar y lo apoyaré."

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: "Estos pequeños cuestionarios que les acabo de aplicar, son solamente para conocer que tanto saben acerca de los temas que se abordarán en las sesiones, además, esto me ayuda a mí para comparar el inicio de esta evaluación con la evaluación final que será la aplicación de los mismos cuestionarios y con ello poder saber si este taller es efectivo, si la forma de enseñar es la adecuada o bien si hay otros temas que incluir y cuales son de interés. Ya que contestaron los cuestionarios, voy a hablarles un poco de lo que va a consistir el taller, esto será con ayuda de los manuales que repartiré en unos segundos y juntos vamos a revisar en qué consistirá el taller y cómo pueden emplear el manual que les obsequiaré."

Sugerencias:

- Al momento que entreguen sus cuestionarios, se tiene que revisar que todo el cuestionario se encuentre contestado, si algún reactivo estuviera en blanco, se le pide al participante que lo conteste de manera directa y amable.
- Si se cree pertinente, en el nombre se puede utilizar algún sobrenombre que el mismo participante elija o un número de identificación colocado por el facilitador.
- Si el facilitador elije colocar un número de identificación, se recomienda hacer una lista de los nombres de los participantes y colocar su número de identificación para que pueda ser recordado y utilizado en la post-evaluación.

Actividad 5: “Mi guía”

Objetivo de la actividad: Entregar los manuales dirigidos a los participantes y explicar su uso.

Materiales:

- 20 Manuales para el participante (Anexo 4)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 5 minutos aproximadamente.

Descripción: Se entregarán los manuales dirigidos a los participantes, se explicará brevemente su uso.

Instrucciones para los participantes: (El facilitador repartirá un manual a cada participante) “Cada uno de ustedes tiene un pequeño libro, el cual contiene toda la información que abordaremos a lo largo de las sesiones, al final de cada sesión, se encuentran páginas de internet, números telefónicos de asociaciones, artículos para descargar (puede pedir ayuda a algún familiar o acudir a un internet) así como también nombres y costos de libros de texto que puede conseguir fácilmente en librerías comerciales”.

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Como se pueden dar cuenta, este librito es una guía para ustedes para que puedan consultar la información que se revisó en la sesión y no estén presionados por querer apuntar algo que se les hizo relevante y puedan poner atención, por eso es importante que no pierdan su libro y tampoco lo olviden. Para finalizar la sesión de hoy, pasaremos a la explicación del uso de este buzón de dudas (el facilitador debe señalar el buzón).”

Sugerencias:

- El facilitador ejemplificará el uso de este manual con la primera sesión, revisando el contenido con los participantes.

Actividad 6: “Hasta mañana”

Objetivo de la actividad: Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.

Materiales:

- Buzón de dudas.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 5 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les dé pena expresar en ese momento, éstas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Instrucciones para los participantes: “Para finalizar la sesión, quiero agradecer su asistencia así como su disponibilidad de tiempo. También, quiero mencionarles que aquí se encuentra un “Buzón de dudas” el cual se colocará a partir de hoy en este lugar (lo señala). Lo único que ustedes deben de hacer es escribir alguna duda o pregunta que tenga al respecto de las temáticas que se abordarán en cada sesión y al finalizar las sesiones, yo sacaré los papeles y en la siguiente sesión responderé a sus dudas o preguntas.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Con esto, terminamos la sesión del día de hoy, es importante que si ustedes tienen alguna duda con respecto a algo que se verá en las sesiones me lo hagan saber para que los pueda resolver la duda y si no quieren, recordar que está el buzón de dudas y sugerencias, recuerden que por eso estoy aquí para impartir este taller, pero también ser un apoyo a resolver sus inquietudes, ¿Alguien tiene algo que aportar o alguna duda? (Esperar unos segundos). Entonces nos estaremos viendo para la siguiente sesión, a la misma hora y no olviden su manual.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá realizar un buzón con una caja de cartón (no hay formato a seguir, esto depende de la imaginación del facilitador).
- El facilitador deberá revisar el buzón al final de la sesión para ver si quedaron dudas de la sesión pasada. Es necesario que las investigue y las resuelva para que la siguiente sesión dé respuesta al iniciar la sesión.

¿Necesitas más información? Te pueden interesar lo siguientes.....

Artículos

Acevedo, A. (1989). *Aprender jugando: 60 dinámicas vivenciales*. México: Limusa.

Fuentes, P. (2000). *Técnicas de trabajo en grupo: una alternativa en educación*. Madrid: Pirámide.

Gómez, M. (2007). *Manual de Técnicas y Dinámicas*. México: ECOSUR. Recuperado de: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Tecnicas-y-Dinamicas.pdf>

Núñez, J., Monroy, A. y Kupferman, E. (1999). *Dinámica de grupo: Técnicas y Tácticas*. México: Paz México.

Osorio, F. (2012). *Estrategias para coordinar grupos con niños y adolescentes: participación, inclusión, procesos de socialización y trabajo comunitario*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

Verderber, R., y Verdeber, K. (2009). *Manejo de grupos*. México: Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y Formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje (FAVA). Recuperado de: https://senaintro.blackboard.com/bbcswebdav/institution/semillas/634122_1_VIRTUAL-2015/OAAPs/OAAP3_Fase2/swf/aa4_0a1/oc.pdf

Páginas de Internet oficiales

- Educrea <https://educrea.cl/las-dinamicas-grupales-en-el-area-educativa/>
- Gestipolis <https://www.gestipolis.com/dinamicas-de-grupo-tecnicas-de-animacion-grupal/>
- Dinámicas de grupos https://educacion.idoneos.com/dinamica_de_grupos/
- Gerza.com <http://www.gerza.com/dinamicas/dinamicas.html>

Sesión 2

“Nuestros cambios”

Cambios Físicos, psicológicos y sociales en la vejez/Autoestima

Objetivo de la sesión: Identificar los cambios que se presentan en la etapa de la vejez.

Duración: Esta sesión deberá realizarse en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: En esta sesión se abordará los cambios físicos, psicológicos y sociales que presentan los adultos mayores. En estos cambios se deberá resaltar que estos cambios los presentan todas las personas, unos los presentan antes que otros, si bien estos cambios no son una regla. Además, se debe mencionar que estos cambios son solamente a nivel de apariencia, si bien afecta un poco en la autoestima, pero no afecta directamente en la sexualidad del adulto mayor.

❖ Desarrollo de la Sesión

Actividad 1: “Los verdaderos cambios”

Objetivo de la actividad: Dar a conocer los cambios más significativos en la etapa de la vejez.

Materiales:

- Presentación en Power Point (Realizada previamente por el facilitador. Esta presentación debe de contener la conceptualización de vejez, los principales cambios físicos, psicológicos y sociales que se viven en esta etapa) (Conferencia 1).

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 30 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador dará una conferencia para dar a conocer los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que se presentan en la vejez.

Instrucciones para los participantes: “Buenos días/ buenas tardes (según sea el caso). Espero que el día se encuentre muy bien. El día de hoy comenzamos con nuestras temáticas que vamos a revisar a lo largo de nuestro taller. Pero antes de comenzar con mi presentación, me gustaría saber ¿Qué opinan de la etapa de la vejez? ¿A qué edad ustedes consideran que una persona ya es adulto mayor? (esperar comentarios). Muy bien, todos sus comentarios son muy acertados, para complementar un poco de lo que ustedes me dijeron, a continuación voy a dar una breve exposición de la etapa de la vejez. Si en alguna parte de la presentación no me entienden o voy muy rápido, con toda confianza háganmelo saber y con mucho gusto les resolveré su duda o ir más despacio.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Como pudimos ver en la presentación, se describieron los cambios significativos en la vejez, sin embargo, yo los menciono muy sencillo, digo lo que pasa, después lo que sigue y así sucesivamente, pero creo que cada persona vive sus cambios de diferente manera, para algunas personas lo van a tomar muy tranquilo, pero tal vez otras tantas, lo van percibir como algo muy feo que no esperaban y que a pesar de ello, lo supieron afrontar, ya sea, solos o con alguien. Por ello, a continuación les presentaré un caso de una persona que está entrando a la etapa de la vejez y después de comentarles la situación de esta persona, quisiera que me dieran su opinión respecto a este caso.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá elaborar la presentación.
- Durante la presentación, el facilitador deberá tener un lenguaje claro.
- Es válido decir “no lo sé” si alguna de las preguntas que formulen los asistentes, el facilitador no la sabe la respuesta, pero el facilitador tiene que complementar la respuesta: “no lo sé... pero lo investigaré y le diré en la próxima sesión”, el facilitador tiene la obligación de investigar la pregunta que no sabe, ya que con esto

el asistente estará satisfecho con su participación y el facilitador tendrá un nuevo dato que podrá utilizar en sesiones o talleres posteriores.

Actividad 2: “Él o ella debería hacer...”

Objetivo de la actividad: Conocer la opinión de los adultos mayores con referencia los cambios que se presentan en la etapa de la vejez.

Materiales:

- Caso hipotético (Anexo 2.5)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador leerá a los participantes el caso del señor Rogelio. Después de que los participantes conozcan el caso, ellos comentarán qué harían si ese fuera su caso.

Instrucciones para los participantes: “Ya conocemos algunos de los cambios que se presentan en la vejez y como les acabo de comenzar, algunas personas no saben cómo afrontar estos cambios y esto le pasa al señor Rogelio. A continuación les voy a leer un poco de la vida del señor Rogelio.”

Después de leer el caso....

“Ahora que ya conocemos el caso del señor Rogelio, me gustaría saber qué consejos, opiniones o qué debería hacer el señor Rogelio ahora que ya está entrado en la etapa de la vejez y que tal vez alguno de ustedes está pasando o pasó por esta situación similar. ¿Qué le dirían al señor Rogelio? (esperar comentarios).

Cierre de la actividad: “Me gustó su participación, muchas gracias por lo comentado en esta actividad, la verdad esta vez aprendí mucho de ustedes, si bien hay un número estrecho de edad entre ustedes y yo y la verdad muchas de las veces la gente joven no se pone en los zapatos de las personas mayores. Además, quisiera hacer énfasis en que cada persona vive de diferente manera la etapa de la vejez, pues para algunos puede ser muy grato ya ser adulto mayor y para otros no, pero va a depender de cada persona y así como también lo está viviendo el señor Rogelio, ustedes viven y perciben su etapa de la vejez de diferente manera. Entonces ahora me gustaría conocer cómo se sintieron con los cambios que comenzaron a presentar en la etapa de la vejez y para ello vamos a realizar la siguiente actividad.”

Sugerencias:

- El facilitador debe escuchar con atención las opiniones de todos los participantes.
- El facilitador puede realizar preguntas mientras los participantes dan su punto de opinión.

Actividad 3: “Yo noté que cambie en....”

Objetivo de la actividad: Reconocer los cambios que han presentado los adultos mayores.

Materiales:

- Ninguno

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: Los participantes deberán formar dos filas mirándose de frente. Una vez que estén de frente, comenzarán a compartir cómo vivieron los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales con su compañero que está en frente. Cuando el facilitador dé un aplauso, los participantes deberán rotar a su derecha. La actividad finalizará cuando todos los participantes hayan compartido sus cambios.

Instrucciones para los participantes: “Esta actividad la vamos a realizar para conocer cómo es que cada uno de ustedes vivieron los cambios físicos, psicológicos y sociales en la etapa de la vejez, Recuerden que todo lo que comentamos se queda entre nosotros, debemos de ser respetuosos y sobre todo empáticos con nuestros compañeros. Para esta actividad, requiero que formen dos filas. Cada fila debe de tener el mismo número de personas.”

Después de formar las filas, se dará la siguiente instrucción:

“Ya que tenemos las dos filas, deben de mirarse de frente. Una vez que estén en esa posición, comenzarán a comentar con su compañero ¿Cómo vivieron los cambios físicos, psicológicos y sociales? Tanto su compañero que está de frente como ustedes deberán comentar sobre ese tema. Cuando yo aplauda, ustedes deberán dar un paso hacia su lado derecho, de tal manera que queden con otro compañero de frente y así sucesivamente cada vez que escuchen mi aplauso deben de realizar el cambio. La actividad finalizará cuando ustedes estén de frente con la persona que inició esta actividad. Si no alguna duda, podemos empezar con la actividad.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Como se pudieron percibir, todos sus compañeros presentan o presentaron los mismos cambios que ustedes experimentaron. Tal vez, unos cambios se anticiparon a otros, pero al fin de cuentas los van a percibir de diferente manera, lo cual refuerza la idea de que cada persona vivió y vive su etapa de la vejez a su manera, si bien, no hay un patrón que se presente de manera igualitaria. Además, es importante de que perciban estos cambios como parte del desarrollo humano, algo nuevo que están experimentando en su cuerpo, así como también paso en su etapa de la adolescencia o adultez, que se presentaron nuevos cambios en su cuerpo que a lo mejor y se espantaron, pero que esto que les estaba ocurriendo lo

platicaban con sus amigos y se daban cuenta que a ellos también es estaba ocurriendo lo mismo y así mismo entendieron que esto cambios eran parte de su desarrollo. Así como también, eliminar aquellos pensamientos o sentimientos negativos hacia los cambios, ya que estos no los hace sentir menos o más que los demás, simplemente son cosas nuevas por experimentar y hay que vivirlos con la mejor actitud posible. Para que vean si se puede, veremos un pequeño cortometraje a continuación.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá dar el aplauso cada 2 minutos.

Actividad 4: “Fueron, son y serán grandes héroes”

Objetivo de la actividad: Reflexionar que los adultos mayores son personas sabias e importantes para nuestra sociedad.

Materiales:

- Cortometraje “*Ve de forma diferente a los ancianos*” Duración: 3:22. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=5C2dS6ResGs>

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: Los participantes y el facilitador reflexionarán que el ser adulto mayor no significa menosprecio, sino personas llenas de experiencias e importantes para la sociedad.

Instrucciones para los participantes: “Tal vez, me van a decir que no se puede tener una actitud positiva ante los cambios de la etapa de la vejez, pero yo les quiero mostrar un video, en el cual se ve que esto si es posible. Quiero que lo veamos juntos, pongamos mucha atención y al final, quisiera escuchar que opinan de ello.”

Después de reproducir el cortometraje...

“¿Qué les pareció?, ¿Qué opinan de estas personas?, ¿Algunos de ustedes se identifica con alguien de ellos? (esperar los comentarios). Lo que acaban de comentar es muy cierto y cada persona lo ve desde una perspectiva diferente, pero a pesar de ellos, retomemos lo más importante que es: reconocer a los adultos mayores como personas llenas de experiencias, sabiduría y por supuesto lleno de logros y por mi parte yo los respeto muchísimo porque sé que cada uno de ustedes tiene algún logro por muy pequeño que sea, pero obtuvo algo muy bueno con lo que hizo y quiero que ahorita mismo se den un aplauso por todo lo que ha hecho a pesar de las dificultades que se les ha presentado.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Me gustaría cerrar esta actividad recordándoles que revisamos estos cambios en la vejez para darnos cuenta que nos son impedimento para realizar nuestras actividades, disfrutar de nuestra sexualidad que es el tema central de este taller, dejar de hacer las cosas que nos gustan, dejar de hacer algo por pensar en el qué dirán o pensar que ya no pueden hacerlo y esto los obliga a olvidarse de ustedes mismos y no debe de ser así. Por ello, en la siguiente actividad vamos a realizar una actividad que va a favorecer nuestro autoestima.”

Sugerencias:

- Los participantes pueden contar su experiencia si vivieron algo parecido.
- El facilitador no deberá interrumpir mientras los participantes cuentan su experiencia.
- Si alguno de los participantes rompe en llanto, puede acercarse a él o ella para tenderle la mano o dar una palmadita en su espalda para que el participante sienta empatía.

Actividad 5: “Frente al espejo”

Objetivo de la actividad: Los participantes identificarán sus cualidades y limitaciones personales, para elevar su autoestima personal.

Materiales:

- Un espejo de 1 metro de largo por 40 centímetros de ancho.
- 20 lápices
- 20 fotocopias (Anexo 2.6)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 25 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador repartirá a cada participante una hoja que este dividida en 3 cuadros (Me considero, Él o ella es, Yo soy). El primer cuadro será llenado por los participantes, el segundo cuadro lo llenará otro participante (se intercambiara la hoja con el compañero que esté a la izquierda). Después de que el segundo cuadro haya sido llenado, la hoja se regresará a su dueño y éste la leerá y comparará lo que él o ella escribió con lo que su compañero (a) escribió acerca de él o ella y colocará una palomita si él o ella considera que lo describe. Una vez que se haya realizado esto, el facilitador pasará a cada participante frente al espejo y se deberá describir lo que ve frente a él o ella. Finalmente, el participante regresará a su lugar y en el tercer cuadro escribirán aquellas cosas que se dijo en el espejo.

Instrucciones para los participantes: (El facilitador repartió una hoja a cada participante)

“Cada uno de ustedes tiene una hoja y un lápiz. El primer cuadro tiene por título “Me considero”, en este cuadro van a describirse cómo creen que son ustedes. Después de ello y que todos terminen, se llenará el segundo cuadro que tiene la palabra “Él o ella es” lo tendrá que llenar el compañero que se encuentra a su izquierda de acuerdo a lo que consideren de cómo es su compañero. Si no tienen ninguna duda, comiencen con el primer cuadro.”

Después de que terminen de llenar el primer cuadro, el facilitador dirá a los asistentes:

“¿Ya terminaron todos? Ahora es el momento de que intercambien su hoja con su compañero de la izquierda y deberán escribir lo que piensan de cómo es su compañero con el que intercambiaron su hoja.”

Cuando hayan finalizado de escribir....

“¿Ya terminaron todos? Bien, ahora van a regresar las hojas a sus compañeros y una vez que las tengan en sus manos, deberán leer y colocarán una palomita si ustedes creen que son así.”

Pasado el tiempo (3 minutos)

“Para finalizar esta actividad, voy a pasar a cada uno de ustedes frente a este espejo, cuando estén de frente, comenzará a describir a la persona que están mirando (usted mismo), pueden mencionar lo que ustedes quieran.”

Cierre de la actividad: El instructor dirá lo siguiente a los participantes: “Agradezco a cada uno de ustedes por hacer esta actividad, no es fácil pararse frente al espejo y vernos detenidamente y el día de hoy nos dimos de muchas cosas que somos y que otros días no lo habíamos notado. Además, con esto podemos ver que ustedes tienen una perspectiva de ustedes mismos y las personas que los rodean tienen otra. Sin embargo, cuando se ven de frente, se muestra otra perspectiva de ustedes. Entonces, se pueden dar cuenta que no siempre es correcto lo que piensan, lo que le dicen, sino hasta que se ven a sí mismos (frente al espejo). Así que, no siempre se creen lo que los otros les dicen, lo que ustedes piensan, es mejor verse al espejo y decirse lo que miran al frente, porque lo que los demás opinen de nosotros solo es una pequeña parte de lo que somos o a veces ni tiene razón, solo nosotros mismos sabemos lo quienes somos en realidad. Además, esta actividad la pueden realizar ustedes en su casa cada vez que se sientan mal. Esto lo pueden hacer parándose frente a un espejo y describir a la persona que están mirando al frente y si gustan, pueden escribir en una hoja, ponerla a la vista para cada día leerla en voz alta y generar en ustedes una autoestima alta.

Tal vez resulte un poco difícil lo que hicimos en esta actividad, pero si se pone en práctica día con día, ustedes mismos comenzarán a sentirse bien ustedes mismos, ya no creerán todas aquellas cosas que escuchan de ustedes, porque si se miran en el espejo y dicen lo que ustedes ven, inmediatamente se eliminarán esas ideas que se crearon y que son falsas, porque hay que recordar que nosotros somos, lo que nosotros mismos pensamos.

¿Alguien gusta comentar algo? (esperar). Ok, por lo pronto, por el día de hoy terminamos esta sesión, así como también les doy las gracias por todas sus opiniones y comentarios que realizaron en esta sesión, así como también agradezco su disponibilidad para dar puntos de opinión de los temas abordados en esta sesión, sé que para ustedes no es fácil hablar de este tema y a pesar de ello, lo hicieron, muchas gracias. Si alguien gusta comentar algo más adelante y si no, les recuerdo que esta el buzón de dudas donde pueden depositar sus preguntas que les generó esta sesión para que yo se las pueda responder. Ahora si terminamos la sesión y nos vemos para la próxima sesión.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá dar 2 minutos para cada cuadro.
- El facilitador deberá ser empático cuando los participantes pasen frente al espejo.
- En caso de que algún participante rompa en llanto, el facilitador deberá acercarse a él o ella para tenerle la mano o colocar su mano sobre su espalda para mostrar empatía.

Actividad 6: “Hasta mañana”

Objetivo de la actividad: Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.

Materiales:

- Buzón de dudas.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 5 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les dé pena expresar en ese momento. Estas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que yo las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Instrucciones para los participantes: “Recuerden que aquí está el buzón (señalarlo) para que ustedes puedan escribir alguna duda o pregunta que tenga al respecto de la sesión del día de hoy. Yo voy a revisar el buzón al inicio de cada sesión y voy a dar respuesta a cada una de ellas. Es importante que si ustedes tienen alguna duda con respecto a algo que se verá en las sesiones me lo hagan saber para que los pueda resolver la duda y si no quieren, recordar que está el buzón de dudas y sugerencias, recuerden que por eso estoy aquí para impartir este taller, pero también ser un apoyo a resolver sus inquietudes.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Gracias por su participación a lo largo de esta sesión. En cada sesión se revisará un tema nuevo y espero que sea de su agrado, así como las actividades. Les recuerdo que nuestra próxima sesión es el día _____, a la misma hora. Espero contar con su asistencia. Que tengan un lindo día.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá revisar el buzón al inicio de la sesión para ver si quedaron dudas de la sesión pasada. Si no sabe la respuesta, es necesario que las investigue y las resuelva para que la siguiente sesión dé respuesta al iniciar la sesión.

¿Necesitas más información? Te pueden interesar lo siguientes.....

Artículos

Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. México: Editorial Universitas-UNED.

Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32 (2), 192-218. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337832618001.pdf>

Brizzolara, A. (2001). Cambios fisiológicos de la tercera edad. *Revista Biomédica*, 1 (1), 20-30. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1110>

Canto, H. y Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2), 257-270. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A. y Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51 (1), 16-28. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>

Espinoza, B., Salinas, A., Moreno, K., Acosta, I., Sosa, A., Gutiérrez, L. y Téllez, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55 (2), 323-331. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a32.pdf>

Esquivel, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11 (s.n), 47-56. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

- Giró, J. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Lozano, D. (2011). Concepción de vejez: entre biología y cultura. *Investigación de Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (2), 89-100. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145222559006.pdf>
- Manjarrés, M. (2013). Los cambios físicos y psicológicos con la edad, fuente de expectativas de consumo. Caso: personas mayores de 50 años. *Universidad EAFIT*, 2 (3), 2-58.
- Montalvo, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29 (3), 459-473. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304>
- Osorio, P., Torrejón, M. y Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 17 (1), 101-108. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412982005>
- Salech, M., Rafael, L. y Michea, A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (1), 19-29. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>
- Villavicencio, I. y Rivero, R. (2011). Nivel de autoestima de las personas mayores que acuden a los comedores de la sociedad pública de beneficencia de lima metropolitana. *Revista Científica Alas Peruanas, s.v* (s.n), 1-12. Recuperado: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/422>

Páginas de Internet oficiales

- Federación Mexicana de Diabetes <http://fmdiabetes.org/>
- Fundación para la Diabetes <http://www.fundaciondiabetes.org/>
- Hipertensión arterial
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>

- Instituto nacional de Salud Pública <https://www.insp.mx/>
- Instituto nacional de las personas adultas mayores <https://www.gob.mx/inapam>
- Instituto nacional de geriatría <http://www.geriatria.salud.gob.mx/>
- Geriatria IMSS <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/geriatrimss>

Instituciones Públicas

- Instituto del Seguro Social (IMSS) (01-800-62-32-32-3)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSTE) (01-55-57-54-12-27)
- Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores (INAPAM) (01-55-53-92-72-11)
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (01-55-53-09-40-65)
- Fundación para el bienestar del adulto mayor I.A.P (52-79-72-70)
-

Libros de texto

Los siguientes libros se pueden encontrar en la Biblioteca de la Facultad de estudios Superiores Iztacala.

Giró, J. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de la Rioja.
Clasificación: HQ1061 E558

Grupo de Estudio de la OMS sobre Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades no Transmisibles. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Clasificación: RM216 D54 1990

Martínez, L. (2016). *El ABC de los síndromes geriátricos y otros temas selectos de la geriatría*. México: Trillas.

Clasificación: RC952 A23

Papalia, D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Clasificación: BF724.5A38182009

Triadó, C. (2006). *Psicología en la vejez*. Madrid: Alianza.

Clasificación: BF724.55A35P75

Zuñiga, E. (2004). *Envejecimiento de la población de México: reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.

Clasificación: HQ1064.M49 Z85

Sesión 3

“Aún somos seres sexuales”

Concepto de sexualidad/Sexualidad en los adultos mayores/comunicación asertiva

Objetivo de la sesión: Reconstruir la conceptualización de sexualidad que tienen los adultos mayores.

Duración: Esta sesión deberá realizarse en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: Esta sesión está centrada en expresar todo lo que incluye el concepto de sexualidad, ya que no solo se reduce a la genitalidad. La sexualidad implica desde el cuidado personal, la autoestima, la forma en cómo se relacionan con los demás, el contacto físico, erotismo, las relaciones sexuales, por mencionar algunas. La sexualidad es un aspecto que se desarrolla desde la niñez y esta continúa hasta la vejez, esto se debe de puntualizar en esta sesión, así como también abordar las problemáticas que llegan a tener los adultos mayores para que puedan expresar su propia sexualidad.

❖ Desarrollo de la sesión

Actividad 1:“La polémica sexualidad”

Objetivo de la actividad: Exponer el concepto de sexualidad

Materiales:

- Presentación en Power Point (realizada previamente por el facilitador. Esta presentación deberá contener una definición de sexualidad (se puede utilizar la definición que realiza la OMS, 2015; factores que afectan a la sexualidad como sociales, psicológicos y fisiológicos centrados en la intimidad de los adultos mayores) (Conferencia 2)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 25 minutos aproximadamente

Descripción: El facilitador dará una conferencia de lo que implica la sexualidad (conceptualización de la sexualidad, autoimagen, relaciones sociales y relaciones sexuales en los adultos mayores).

Instrucciones para los participantes: “Buenos días/ Buenas tardes (según sea el caso), el día de hoy vamos a ver un tema que tal vez para ustedes es un tabú por la manera en que fueron educados, pero que hoy en día está en boca de todos y siempre se habla de lo mismo y me refiero a la sexualidad. Ya vi que abrieron más ojos, pero les quiero adelantar que la sociedad en general tiene una mala concepción de la sexualidad, ya que siempre lo relacionan con la genitalidad, relaciones sexuales, pero no. La sexualidad implica muchas cosas, por ejemplo, nuestra forma de comportarnos con los demás, nuestro arreglo personal o incluso los roles que tomamos al ser mujeres u hombres y porque no, también se incluyen las relaciones sexuales desde que la persona decide tener un vida sexual (cada persona elige a que edad comenzar su vida sexual) y que aunque no lo crean, ustedes los adultos mayores pueden gozar de su intimidad. Pero esto lo vamos a ver poco a poco. Así que para ello, me voy a apoyar una presentación que preparé con todo lo que implica este tema. Y como las dinámicas pasadas, si alguno de ustedes tiene alguna duda al respecto, hágamelo saber y como gusto me detengo o les explico de nuevo y si alguien quiere compartir una experiencia referente al tema, con mucho gusto lo vamos a escuchar.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “¿Qué les pareció el tema? ¿Esta interesante, no? ¿Cambio su perspectiva que tenían de sexualidad? ¿Ustedes sabían los cambios fisiológicos que afectan la intimidad de los adultos mayores? (Dar tiempo para cada pregunta). Como se pudieron dar cuenta, la sexualidad abarca diversas cosas, así como también describimos cada uno de estos conceptos que implica la sexualidad. Sin embargo, el disfrute de la sexualidad de los adultos mayores es ignorada, maltratada, poco conocida e incluso la sociedad genera prejuicios hacia este tema, debido a la falta de información. Pero a pesar de ello, hoy conocieron lo que pasa con su propia sexualidad, porque no hay una edad específica para

cesar el disfrute de la sexualidad, esta se disfruta desde que se nace hasta que se muere, si bien, hay cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que si afectan directamente la sexualidad, ustedes mismos pueden disminuir estos factores. Ahora que ya abrimos un poco más nuestro panorama, vamos a realizar una actividad para que cada uno dé su opinión acerca de algunos temas.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá elaborar la presentación.
- Durante la presentación, el facilitador deberá tener un lenguaje claro.
- Es válido decir “no lo sé” si alguna de las preguntas que formulen los asistentes, el facilitador no sabe la respuesta, pero él tiene que complementar la respuesta: “no lo sé... pero lo investigaré y le diré en la próxima sesión”, el facilitador tiene la obligación de investigar la respuesta que no sabe, ya que con esto el asistente estará satisfecho con su participación y el facilitador tendrá un nuevo dato que podrá utilizar en sesiones o talleres posteriores.

Actividad 2:”Yo opino”

Objetivo de la actividad: Conocer las opiniones que tienen los participantes con referente a diversas temáticas que involucran a los adultos mayores.

Materiales:

- 20 sillas
- Hoja de preguntas (Anexo 2.7)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 15 minutos aproximadamente.

Descripción: Los participantes formarán dos equipos (uno de hombres y uno de mujeres) Una vez formados los equipos, se sentarán de frente al otro equipo y el facilitador se sentará en medio de los equipos y dirá algunos enunciados de diversas temáticas, para que después, el equipo de las mujeres y de los hombres puedan dar su opinión tomando en cuenta los enunciados que diga el facilitador.

Instrucciones para los participantes: “Tal vez los temas que vamos a bordar en esta actividad pueden ser muy controversiales, pero más allá de entrar en una “pelea” es para conocer su opinión de estos temas y para ello vamos a realizar un tipo debate, para lo cual requiero que formen un equipo de mujeres y otro de hombres, después de que se reúnan, deben de sentarse en las sillas, pero deben de quedar mirándose de frente.”

Después de que se hayan formado los equipos y estén de frente.

“Ahora, yo me sentaré en medio de ustedes, porque mi papel será de mediador. Esta dinámica consiste en que yo diré algunas preguntas o enunciados relacionados a algunas temáticas y el equipo de los hombres dirá sus opiniones acerca de lo que dije y después de su participación, el equipo de las mujeres dará el suyo. Es importante mencionarles que cuando un equipo esté dando sus opiniones, guarden silencio y si no están de acuerdo, pueden alzar su mano para que puedan participar. Como mi papel es de mediador, entonces yo diré cuando se termine su tiempo de participación y yo daré la palabra en caso de que alguno de ustedes quiera participar, ¿Tienen alguna duda hasta aquí? (Esperar 5 segundos para ver si no hay preguntas y si no, puede continuar) Ok, entonces vamos a comenzar.”

(El facilitador empezará con la primera pregunta que se encuentra en el anexo, para cada afirmación o pregunta, se darán 5 minutos aproximadamente).

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Después de tantas opiniones, creo que fueron muy acertadas y si se pudieron percatar, tanto hombres como mujeres tienen un punto de vista diferente y a pesar de que no estemos de acuerdo con ello, es muy válida la opinión y hasta puede ser que complemente lo que ustedes pensaron o tal vez y su forma en cómo lo dijo, hasta los convence y pueden cambiar

su punto de opinión. Esta actividad fue para ello, para que puedan expresar lo piensan de algunas temáticas que les causa intriga y quieren exponer su punto de vista y este fue el momento preciso para que ustedes puedan exponer lo que piensan y sienten y espero que les haya gustado esta actividad.”

Sugerencias:

- El facilitador puede generar más preguntas o afirmaciones de acuerdo a lo que digan los participantes.
- En caso de que los participantes comiencen en una polémica, el facilitador deberá controlar la situación para que no se salga de control.

Actividad 3: “Creo que también me pasa lo mismo.”

Objetivo de la actividad: Conocer las opiniones de los adultos mayores con respecto a un caso de sexualidad.

Materiales:

- Caso hipotético (Anexo 2.8)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente

Descripción: El facilitador leerá a los participantes un caso hipotético para que ellos puedan dar su opinión al respecto.

Instrucciones para los participantes: “Ahora que cambio un poco la conceptualización de sexualidad, conocemos su opinión con respecto a diversos temas de la sexualidad y para continuar sobre esta línea de sexualidad y opiniones, vamos a realizar esta actividad, la cual consiste en que les voy a leer un nuevo caso y ustedes van opinar de acuerdo con algunas preguntas que tengo.”

Después de dar a conocer el caso...

Ya que conocemos la historia de estas dos personas, quisiera que me comentaran, ¿Qué opinan de ellos?, ¿Qué harían si este fuera su caso? (esperar) ¿Les ha pasado lo mismo?, ¿Qué les recomiendan hacer?

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Así como este caso, hay otros casos similares a este, donde la familia no apoya o no se preocupa por lo que están sintiendo los adultos mayores, así como también, prefieren no decir nada por evitar ser criticados por comentarios como los del caso, pero algo que hay que tomar en cuenta es que como les mencione al inicio que la sexualidad de las personas empieza desde que nace hasta que se muere. Además, las personas no piensan en los otros, siempre piensan en sí mismos y solo dicen cosas que tal vez y no tienen razón, pero las dicen y pueden hacer sentir mal con sus comentarios. Finalmente, me gustaría comentarles que si no se sienten con la confianza necesaria para contarle lo que les pasa a su familiares, lo pueden hacer con expertos en el tema o incluso hasta con los amigos, porque tal vez o les pasa lo mismo, pero si los comprenden, pero siempre traten de buscar apoyo para que puedan sentirse bien consigo mismo y si alguno de ustedes no quiere hablar de ello, lo vamos a respetar porque tal vez estos temas son muy personales y es muy restable su postura, pero para que vean que estos temas no solo se dan en la gente joven, les voy a mostrar un video donde se muestra lo contrario.”

Sugerencias:

- El facilitador debe de escuchar con atención las opiniones de los participantes.
- EL facilitador puede ir generando más preguntas en el discurso que van teniendo las personas para generar un punto de opinión más alto.

Actividad 4: “Todos sin pena”

Objetivo de la actividad: Los participantes deberán reflexionar que la sexualidad en los adultos mayores no es tabú y aun se lleva a cabo.

Materiales:

- Video “*Conversación entre personas mayores sobre disfunción eréctil y vida sexual.*” Duración: 3:32. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=d_XOmTX9Qwk

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 10 minutos aproximadamente.

Descripción: Los participantes verán el video “*Conversación entre personas mayores sobre disfunción eréctil y vida sexual*”. E identificar los temas de los que hablan los actores y llevarlos a la reflexión de que todos pueden ejercer su sexualidad a su manera y a su ritmo.

Instrucciones para los participantes: “Como les dije hace un momento, vamos a ver un video que se titula “*Conversación entre personas mayores sobre disfunción eréctil y vida sexual*”. Así que requiero que pongan mucha atención para que después puedan participar.”

(Después de ver el video...)

“¿Qué les pareció el video? (esperar a que por lo menos cuatro personas participen), ¿De qué temas hablan las personas? (esperar la respuesta), ¿Dónde se encuentran las personas? (esperar la respuesta), ¿Ustedes asistirían a un lugar así? (esperar la respuesta), ¿Qué opinan de estas personas? (esperar la respuesta), ¿Qué opinan de estas personas que hablan de esos temas?, ¿Creen que están malos?, ¿Alguien gustaría agregar algo más?”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Para cerrar esta actividad, quisiera hacer una reflexión con ustedes dando mi punto de vista. Tal vez para ustedes no es común que hagan esto o tal vez si y me da mucho gusto,

pero quiero resaltar que así como las personas jóvenes salen a bailar, tomar, hablar de temas de los “chavos”, lo mismo pueden hacer ustedes, salir a salones de baile donde bailan danzón, un poco de salsa o un poco de música que estaba de moda en su época y que además a ustedes les guste y se puedan divertir, conocer personas o hacer amigos. Pero hay algo que falla en expresar nuestra sexualidad es la asertividad, para ello vamos a aprender algo en la siguiente actividad.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá descargar con anterioridad el video, ya que si lo reproduce en el momento, este puede tener fallas técnicas.
- El volumen debe ser medio, de tal manera que se entienda.

Actividad 5: “Siendo claro y preciso”

Objetivo de la actividad: Brindar habilidades asertivas a los participantes.

Materiales:

- Presentación en Power point realizada previamente por el facilitador (la presentación deberá contener qué es la asertividad, cómo se hace una conversación asertiva, cómo comunicar algo de forma asertiva (Conferencia 2).
- Situaciones (Anexo 2.9)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 25 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador dará una breve psi coeducación de asertividad y generará ejercicio para ponerlo en práctica (Qué es, Qué se gana, Cómo hacerlo y en qué ayuda, componentes verbales y no verbales.) para que los participantes puedan expresar aquello que sienten sin tener temor alguno.

Instrucciones para los participantes: “Como ya les había comentado, algo que siempre falla para que se pueda expresar la sexualidad en las personas, es la falta de comunicación, porque no sabemos cómo decir lo que pensamos, sentimos y queremos a la otra persona. Con ello no estoy diciendo que no sepas hablar, pero lo que nos falla y a veces me incluyo es que no comunicamos eso que queremos y esto se debe porque no tenemos esa habilidad social que se llama asertividad. Tranquilos, a continuación vamos a ver qué es la asertividad, cómo se hace, si alguien llega a tener alguna duda, hágamelo saber, por favor.”

Después de la psi coeducación...

“Ya que aprendimos cómo ser asertivos, es momento que pongan en practica esto. En la pantalla aparecen algunas situaciones de la vida real. Así ahorita voy a elegir a parejas y cada pareja le voy a asignar una situación. Una vez que ya tengan la situación, la pareja tendrá solo unos segundos para leer bien la situación, pensar que personaje serám cada quien, es decir, una persona debe de contarle a su amiga, vecina o como quiera la situación que le está pasando y su compañero, debe de dar una solución asertiva de tal manera que pueda convencer a la persona que tiene el “problema”. ¿Alguna duda? (esperar y dar respuesta si hay dudas). Una vez aclarado todo, elijo las parejas, doy unos segundos y comenzamos con la actividad.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Como se pueden percatar, ser asertivo nos ayuda a defender nuestros derechos sin hacer de menos los derechos de los otros, además, a poder expresar lo que pensamos, queremos o sentimos respecto a una situación que en este caso lo abordamos en el tema de la sexualidad, pero esto se puede traspasar a situaciones con la familia, hijos, amigos o pareja. Espero que esto que aprendimos, de verdad lo puedan aplicar para que puedan tener ganancias en su vida cotidiana y además, puedan continuar disfrutando de su sexualidad, que es por eso que la vimos, puedan decirle a la otra persona que le gusta, decirle a su pareja que busquen ayuda para tener intimidad porque no es malo y aún sienten lindo si alguien les da un besito o algo que deseen lo apliquen. ¿Alguna duda o pregunta? Bien, con

esto terminamos la sesión de hoy, espero que le haya gustado, que sea fructífera y todo lo aprendido lo puedan llevar a cabo y con ello obtener buenos resultados.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá elaborar la presentación.
- Mientras el facilitador da la conferencia, puede dar algunos ejemplos.
- Si los participantes no entendieron bien la actividad, éste puede dar un ejemplo para que quede más clara.
- Durante la ejecución de los participantes, el facilitador puede ir moldeando la conducta.
- El facilitador puede elegir a personas que casi no participen en las sesiones.

Actividad 6: “Hasta mañana”

Objetivo de la actividad: Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.

Materiales:

- Buzón de dudas.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 5 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les dé pena expresar en ese momento. Estas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que yo las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Instrucciones para los participantes: “Recuerden que aquí está el buzón (señalarlo) para que ustedes puedan escribir alguna duda o pregunta que tenga al respecto de la sesión del día de hoy. Yo voy a revisar el buzón al inicio de cada sesión y voy a dar respuesta a cada una de ellas. Es importante que si ustedes tienen alguna duda con respecto a algo que se verá en las sesiones me lo hagan saber para que los pueda resolver la duda y si no quieren, recordar que está el buzón de dudas y sugerencias, recuerden que por eso estoy aquí para impartir este taller, pero también ser un apoyo a resolver sus inquietudes.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Gracias por su participación a lo largo de esta sesión. En cada sesión se revisará un tema nuevo y espero que sea de su agrado, así como las actividades. Les recuerdo que nuestra próxima sesión es el día _____, a la misma hora. Espero contar con su asistencia. Que tengan un lindo día.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá revisar el buzón al inicio de la sesión para ver si quedaron dudas de la sesión pasada. Si no sabe la respuesta, es necesario que las investigue y las resuelva para que la siguiente sesión dé respuesta al iniciar la sesión.

¿Necesitas más información? Te puede interesar lo siguientes.....

Artículos

Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica* 12 (2), 193-197. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55412208>

Callís, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC, s.v* (2), 30-44. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181322257004>

Carballo, S. (2002). Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Revista Educación*, 26 (1), 29-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44026104.pdf>

Cárdena, A. & López, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13 (3), 528-540. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219910014>

Cerquera, A., Galvis, M. y Cala, M. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6 (2), 73-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788009>

Delgado, C. (2016). La amistad como una experiencia de encuentro con los otros. *Universitas Philosophica*, 33 (66), 171-192. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409544845016>

Esguerra, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances de enfermería*, 25 (2), 124-140. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12816/13635>

Guadarrama, R., Ortiz, M., Moreno, Y. y González, A. (2010). Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15 (2), 72-79. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47313840005>

Lacub, R. y Arias, C. (2010). El empoderamiento de la vejez. *Journal of Behaviour, Health & Social Issues*, 2 (2), 25-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720003>

Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29 (3), 223-232. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n3/enf08313.pdf>

Montiel, F. (s.a). Respuesta sexual humana. *Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina, Chile*. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_242-259.pdf

Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Disfunción Sexual*. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia09.pdf>

Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 25-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441798004>

Páginas de Internet oficiales

- Plusesmas.com <https://www.plusesmas.com/>
- Tena <http://www.tena.com.mx/>
- PedroLucas
http://consultasexologo.com/articulos/la_educacion_sexual_en_las_personas_mayores
- Salud del adulto mayor <https://aps.issv.gob.sv/web/ciudadano/-/sexualidad-en-el-adulto-mayor>
- Instituto Nacional de Geriatria <http://www.geriatria.salud.gob.mx/>

- GeriatraIMSS <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/geriatrimss>

Instituciones Públicas

- Instituto Nacional de Geriátría (Anillo Periférico #2767 Magdalena Contreras Col. San Lorenzo Licide) (01-55-55-73-86-01)
- Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) (01-55-53-28-50-00)
- Cáritas (01-55-75-80-06)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (01-800-623-23-23)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSTE) (01-55-57-54-12-27)

Libros de Texto

Los siguientes libros se pueden encontrar en la Biblioteca de la Facultad de estudios Superiores Iztacala.

Bolinches, A. (2015). *El secreto de la autoestima: una nueva teoría de la seguridad social*.

Barcelona: Ediciones B. Clasificación: BF697.5s46 B635

Ramírez, A. (2005). *Relaciones afectivas: amistad y atracción*. Santander: Sal Terrage.

Clasificación: BF575.A86 R35

Pereira, M. (2011). *Desarrollo personal y autoestima: guía práctica para obtener una personalidad atractiva*. Colombia. Ediciones de la U. Clasificación: BF697 P46

Ríos, J. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja: crisis u oportunidades*. Madrid:

CCS. Clasificación: HQ519R56

Sesión 4

“Nuevas sensaciones”

Historia del condón/Usos correctos del condón

Objetivo de la sesión: Mostrar una nueva forma de potencializar la excitación en los adultos mayores.

Duración: Esta sesión deberá realizarse en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: Esta sesión está diseñada para enseñar el uso correcto del condón. Esto se está planteando desde dos puntos. El primer punto a tratar es mencionarles a los participantes que el uso del condón no solo para prevenir embarazos, sino además de prevenir embarazos, es para prevenir alguna infección de transmisión sexual o del VIH/SIDA, por lo cual se va a tratar este tema. Y en segundo lugar, porque con la gran variedad de condones que existen hoy en día, las personas sienten más placer en sus relaciones sexuales y uno de las ventajas que tienen los adultos mayores es que con los condones pueden favorecer a tener una mejor estimulación que se ve afectada con la edad.

❖ Desarrollo de la sesión

Actividad 1: “Nuestro amigo el condón”

Objetivo de la actividad: Conocer qué es un condón y sus diferentes tipos que existen.

Materiales:

- Presentación en Power point (Realizada previamente por el facilitador. Esta presentación debe de contener lo siguiente: Definición de condón, historia del condón, tipos de condones por práctica y por materiales) (Conferencia 3).

- 6 Condones (1 de color, 1 con aroma, 1 de sabor, 1 de látex, 1 de poliuretano y 1 texturizado)
- 1 Condón femenino
- Lubricantes a base de agua y aceite
- Condoneras

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 30 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador dará una breve explicación de lo que es un condón, los diversos tipos que existen.

Instrucciones para los participantes: “Buenas tardes/ Bueno días (dependiendo el caso). Me da mucho hayan asistido. Esta sesión voy a comenzar por dar una exposición del condón masculino y femenino, los diversos tipos y su uso. Ya vi que algunos hicieron su cara de sorpresa, de susto y otros de impresión, pero tranquilos. Sé que han de pensar “Para que quiero usar condón si ya no tengo riesgo de embarazarme” o “Eso es solo para los jóvenes”, pero no es así. El uso del condón es para evitar infecciones de transmisión sexual o VIH/SIDA, porque he de mencionarles que no hay una edad en la que ya no nos podamos contagiar de alguna ITS. Además, les tengo una buena noticia o no sé cómo lo tomen, pero hoy en día existen una gran variedad de tipos de condones, los cuales ayudan a que las parejas tengan una mejor estimulación en sus relaciones sexuales. A continuación voy a comenzar con esta breve explicación y si alguno de ustedes tiene alguna duda o quiere comentar algo, puede levantar la mano y con mucho gusto le daré la palabra.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Tal vez para muchos de ustedes es fue extraño, tal vez y les pareció absurda o se preguntan qué tiene que ver esta explicación. Así que a todo esto, hoy en día todos estamos expuestos a contraer una infección de transmisión sexual o del VIH/SIDA que éste no solo se da por tener relaciones sexuales, si no como se vio, se transmite por compartir la aguja que fue utilizada, transfusión de sangre o intercambio de fluidos. Es por ello, que pesar de la edad que tengan, es importante que siempre se protejan de alguna ITS con el uso del

condón, pero además de protegerse, una ventaja que puedo percatar, es que con la gran variedad de condones que hoy en día existen se experimentan nuevas sensaciones. Sin embargo, algo que no se ha tocado es ¿Cómo es el uso correcto de estos condones? Y para ello vamos a pasar a la siguiente actividad donde conocerán los pasos para colocar el condón de una manera segura.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá elaborar la presentación.
- Durante la presentación, el facilitador deberá tener un lenguaje claro.
- Es válido decir “no lo sé” si alguna de las preguntas que formulen los asistentes, el facilitador no la sabe la respuesta, pero el facilitador tiene que complementar la respuesta: “no lo sé... pero lo investigaré y le diré en la próxima sesión”, el facilitador tiene la obligación de investigar la respuesta que no sabe, ya que con esto el asistente estará satisfecho con su participación y el facilitador tendrá un nuevo dato que podrá utilizar en sesiones o talleres posteriores.

Actividad 2: “Divirtiéndonos juntos”

Objetivo de la actividad: Enseñar el uso correcto del condón masculino y femenino.

Materiales:

- 3 condones masculinos de látex
- 1 condón femenino
- Modelo de pene
- Modelo de vagina

Tiempo: Esta actividad deberá llevarse a cabo en 20 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador dará a conocer los pasos para el uso correcto del condón.

Instrucciones para los participantes: “Ya que sabemos un poco de la historia del condón, sus materiales y los diversos condones que hay para diversas prácticas sexuales. Es momento de que conozcan el uso correcto del condón masculino y femenino. La información que se divulga de la forma en cómo se coloca el condón está incompleta y por ende se llega a romper mientras se tiene una práctica sexual. Entonces a continuación voy a explicar los pasos que hay que seguir para que su uso sea efectivo. Si alguno tiene alguna duda o quiere platicar algo, pueden levantar su mano y yo les daré la palabra para que puedan expresarse.”

Cierre de la sesión: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Estos pasos les pueden resultar un tanto difíciles, pero con la práctica verán que no lo es porque es muy fácil y además si se hacen los pasos correctamente, el condón no se romperá, durará más y lo más importante es que estará protegido. Así que es hora de que ustedes practiquen.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá ser muy claro en el lenguaje que utiliza.
- Para cada paso del uso correcto de condón, es necesario que muestre cómo se hace.
- La explicación debe de ser pausada.

Actividad 3: “Vistiendo al muñeco”

Objetivo de la actividad: Practicar la forma correcta de colocar un condón masculino.

Materiales:

- 20 fotocopias del Check list (Anexo 2.10)
- 20 Condones de látex
- 10 Penes de plástico
- 20 Lápices (de cualquier número)

- 10 gomas
- 10 sacapuntas
- 1 Rollo de papel

Tiempo: Esta actividad deberá llevarse en 20 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador repartirá condones, un check list con los pasos del uso correcto del condón, formará parejas y cada pareja deberá tener condones masculinos, dos check list y un modelo de un pene. Una vez formadas parejas y con su pene, deben de colocar el condón por turnos y su pareja deberá colocar una “X” si es que realizó el paso que corresponde en el check list.

Instrucciones para los participantes: “Para esta actividad, necesito que formen parejas (después de que se forman la parejas). Cada pareja tiene enfrente de ustedes un modelo de un pene, varios condones, dos lápices, dos hojas (con los pasos para colocar el condón) y dos trozos de papel higiénico. Entonces, la actividad consiste en que uno de ustedes comenzará colocar el condón siguiendo los pasos que vieron cuando yo lo hice y su compañero tomará una hoja y un lápiz para que coloque una “X” a los pasos que van realizando. Tienen alguna duda (esperar si hay alguna duda), si ya quedó todo claro, podemos empezar con la actividad.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “¿Qué les pareció la actividad? (esperar un momento para que los participantes puedan opinar) tal vez ahorita les puede parecer muy complicado, pero con la práctica esto será más fácil y rápido, ¿Alguien quiere aportar algo?, ¿Tienen alguna duda? (esperar unos segundos). Entonces, con esto terminamos la actividad y pasaremos a la última actividad lúdica para recordar lo visto en esta sesión.

Sugerencias:

- El facilitador debe ir supervisando a las parejas.
- Si algún participante omite más de dos pasos, deberá repetir la práctica.

Actividad 4: “Juntando parejas”

Objetivo de la actividad: Repasar lo aprendido en las actividades anteriores, mediante una actividad lúdica.

Materiales:

- 6 juegos de Memorama (realizado por el facilitador) (Anexo 2.11)
- Una taza de regalo para el ganador

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 15 minutos aproximadamente.

Descripción: Los participantes formarán parejas y se les repartirá un memorama, las cuales en una ficha tendrá la imagen ya sea de condón, lubricantes, etc. y en la otra tarjeta tendrá la descripción de estos mismos. Las personas que tengan más pares ganarán una taza.

Instrucciones para los participantes: “Con sus parejas de la actividad anterior van a jugar memorama, pero este es diferente a los que tal vez han jugado. La diferencia es que en una tarjeta tiene la imagen con el nombre de lo que es y su pareja de la tarjeta es la descripción de la imagen, ¿Hasta aquí alguna duda? (esperar unos segundos). Para cada partida voy a dar unos minutos, terminado el tiempo, las personas que tengan más parejas tendrán que jugar otra partida con los ganadores de esta ronda y así sucesivamente hasta tener un ganador y el ganador tendrá un premio (una taza). Así que empezamos el juego.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “¿Qué tal les pareció esta sesión? ¿Divertida, chistosa, interesante? (esperar si algunos participantes quieren comentar algo) Espero que haya sido de su agrado, porque sé que para muchos de ustedes estos temas muy privados, pero he visto que algunos si ha tenido la disponibilidad de abrirse a estos temas y otros aún conservan su postura hacia estos temas y a ambas partes se les agradece su participación y disponibilidad para abordar cada una de los temas y espero que con esto que les estoy brindando les sea útil y lo pongan en práctica.

Finalmente, con esta actividad terminamos la sesión el día de hoy, espero les haya parecido atractiva el tema, así como las actividades y recuerden que si se quedaron con alguna duda o pregunta, la pueden depositar al buzón de dudas y la responderé al inicio de la siguiente sesión.”

Sugerencias:

- Para cada partida, el facilitador puede dar 2 minutos.

Actividad 5: “Hasta mañana”

Objetivo de la actividad: Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.

Materiales:

- Buzón de dudas.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 5 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les dé pena expresar en ese momento. Estas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Instrucciones para los participantes: “Para finalizar la sesión, quiero agradecer su asistencia así como su disponibilidad de tiempo. Les recuerdo que aquí se encuentra el “Buzón de dudas” por si se llegan quedar con alguna duda y les da pena preguntar en el momento, recuerden que solo la escriben en un papel, la depositan y yo al inicio de la sesión la voy a responder.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Con esto, terminamos la sesión del día de hoy. Gracias por su participación de cada uno de

ustedes. Cada día más personas van participando poco a poco y me gustaría que esto continúe así. ¿Alguien quiere agregar algo antes de terminar? (esperar unos segundos). Una vez más gracias y nos vemos el día ____ a la misma hora de siempre. Lindo día.

Sugerencias:

- El facilitador deberá realizar un buzón con una caja de cartón (no hay formato a seguir, esto depende de la imaginación del facilitador).
- El facilitador deberá revisar el buzón al final de la sesión para ver si quedaron dudas de la sesión pasada. Es necesario que las investigue y las resuelva para que la siguiente sesión dé respuesta al iniciar la sesión.

Necesitas más información? Te puede interesar lo siguiente

Artículos

Álvarez, C. (2010). Comunicación y sexualidad. *Enfermería Global, s.v* (19), 1-10.
Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion3.pdf>

Camacho, D. y Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la costa caribe colombiana. *Hacia la Promoción de la Salud, 19* (1), 54-67. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a05.pdf>

De los Santos, P. y De Jesús, D. (2017). Política de salud y reproductiva para adultos mayores en México y Colombia. *Revista perspectivas sociales/social perspectiva, 19* (2), 1-33. Recuperado de: <http://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/viewFile/13/9>

Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación de Psicología, 14* (2), 403-425. Recuperado de: http://cneip.org/documentos/revista/CNEIP_14_2/asertividad.pdf

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso de condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México, 45*, 632-640. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s5/v45s5a08.pdf>

Gobierno del Distrito Federal. (2008). *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad*. Secretaria de Educación del Distrito Federal, México.

Gobierno del Estado de México. (2010). *Hablemos de Sexualidad. Guía didáctica, México*, Consejo Estatal de Población.

- Guereña, J. (2004). Elementos para una historia del preservativo en la España contemporánea. *Hispania*, 3 (218), 869- 895. Recuperado de: hispania.revistas.csic.es/index.php/hispania/article/download/171/17
- Instituto Aguascalentense de las Mujeres (IAM). (n.d.). *Manual de Taller: Sexualidad, Dirección de Educación y Fomento Productivo*, México.
- Jesús, D. y Menkes, C., (2014). Prácticas y significado del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México, *Papeles de la Población*, 79 (s.n), 73-97. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n79/v20n79a4.pdf>
- Jiménez, L., Lara, M., Rosado, T., Velásquez, M., Gálvez, M. y Rodríguez, L., (2001). Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y uso del condón en sexoservidoras, *Ginecología Obstetricia México*, 68 (8), 310-314. Recuperado de: <http://bvssida.insp.mx/articulos/3810.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). *Guía de uso del condón femenino*. Bogotá. Recuperado de: <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MANUAL-CONDON-FEMENINO.pdf>
- Tamil, A. y Cristina, L. (2015). El uso correcto del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57 (2), 183-189. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639892012>

Páginas de Internet oficiales

- PlanifocaNet <http://www.planificanet.gob.mx>
- CONAPO <http://www.conapo.gob.mx>
- Yo quiero, Yo puedo <https://yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Quiero Saber <http://www.quierosaber.org/>
- ¿Cómo le hago? <http://comolehago.org/>
- México vivo <http://mexicovivo.org>

Instituciones Públicas

- Centro de atención al Adulto Mayor (IAAM) (01-55-52-08-35-83)
- Instituto Nacional para las personas Adultas Mayores (INAPAM) (01-55-55-72-96-99)
- Clínicas familiares

Libros de texto

Los siguientes libros se pueden encontrar en la Biblioteca de la Facultad de estudios Superiores Iztacala.

Caribe, C. y Pereyra, M. (2009). *Salud y sexualidad: apuntes para promotoras y promotores*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras. Clasificación: RA423.2 S35

Díaz, R. (2011). *Salud y sexualidad*. Estado de México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Clasificación: RA788 D53

Sweeney, M. (2013). *Por sentido común usa el condón: guía de supervivencia sexual para el nuevo milenio*. México: Editorial Trillas. Clasificación: RA643.83 S8418

Sesión 5

“De paseo”

Visitar una sex shop

Objetivo de la sesión: Conocer una tienda sex shop.

Duración: Esta sesión se deberá llevar a cabo en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: El facilitador deberá de organizar una visita a una tienda sex shop para que los adultos mayores puedan conocer que hay en estas tiendas porque tal vez ellos no han visitado alguna. Además, puedan ver que no solo venden objetos para placer, sino además hay geles, lubricantes, por mencionar algunos que son utilizados para dar masajes y disminuir el dolor de cuerpo.

❖ Desarrollo de la sesión

Actividad: “De paseo”

Objetivo de la actividad: Visitar y conocer una Sex shop.

Materiales:

- Transporte
- Tienda de sex shop

Tiempo: Esta actividad deberá llevarse a cabo en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador organizará una visita a una sex shop para que los participantes conozcan lo que venden en esas tiendas.

Instrucción es para el facilitador: El facilitador debe de organizar la salida con anticipación, buscar un transporte que sea económico para que pueda pedir apoyo de una cuota no muy cara a los participantes y que todos pueda asistir, además debe de buscar una tienda sex shop que no esté muy retirada de la zona donde se está impartiendo el taller y además durante el recorrido, el facilitador deberá apoyar a los participantes.

Instrucciones para los participantes: Esto el facilitador lo dirá a los participantes que asistan a la sex shop cuando ya estén instalados en su asiento del transporte. “Buenos días o tardes (según sea el caso) gracias a todos ustedes por haber asistido a este pequeño paseo a una tienda sex shop. Esto se los agradezco porque no cualquier otra persona se anima a venir porque piensa ¿Cómo voy a ir a una de esas cosas? ¿Esos lugares no son para mí?, etc. Pero les comento que en estas tiendas venden diversos artículos como por ejemplo, penes de plástico, vaginas, juguetes sexuales, lubricantes con sabor, aroma, con algún efecto, diversos condones como los que vimos en la penúltima sesión y todos estos son utilizados para darse placer a sí mismos o son utilizados en juegos previos al ato sexual. Pero eso no es todo, además de esta gran variedad, podemos encontrar aceites con olor o efecto de frio o calor que son utilizados para dar masajes en algunas partes de nuestro cuerpo y sentir menos pesadez, más relajados o incluso disminuir el dolor que teníamos debido a estos efectos, ¿Qué les parece? Se ve muy interesante ¿Verdad? Allá se darán cuenta de todos los productos que podemos encontrar. Además, les recuerdo que en la tienda hay una persona responsable a la cual nosotros podemos preguntar acerca de los productos que están a la venta y ella o él les dirá el costo, para que sirve o cómo se utiliza, incluso tiene muestras de algunos productos como aceites o lubricantes. Así que si llegan a tener alguna duda de lo que ven, me pueden preguntar a mí o a la persona que este responsable y se responderá sus preguntas o dudas.”

Al regreso de la visita el facilitador les dirá lo siguiente:

“¿Qué les pareció? ¿Compraron algo? ¿Qué opinan de esta visita? ¿Siguen pensando lo mismo antes de visitar una tienda? (Dar tiempo para que los participantes den su opinión). Yo pude notar que todos estuvieron muy interesados en querer conocer todo lo que vendía. Con esta visita nos podemos dar cuenta que visitar una sex shop no solo sea para gente joven, si no, que toda persona puede asistir a estos lugares en donde no solo se encuentran accesorios para relaciones sexuales, sino también de uso personal que se pueden utilizar para darse masajes y relajarse. Finalmente, espero que esta visita haya sido de su agrado y que no solo se queden con esta visita, sino que también ustedes puedan ir a otras sex shops (mencionarles que en su manual hay una lista de tiendas sex shops) y con ello vayan conociendo un poco más, si es de su interés y si no, por lo menos eliminar o modificar aquellas ideas que tenían de estas tiendas. Ya estamos muy cerca de llegar a nuestro destino, gracias por su participación y disponibilidad para esta actividad, con esto acabamos la sesión de hoy y el día de mañana nos estaremos viendo el día _____ a la misma hora. Que tengan un lindo día.”

Sugerencias:

- El facilitador debe de buscar una sex shop que no esté tan retirada del lugar donde se imparte el taller y además que este surtida.
- El facilitador puede ir a la sex shop y organizar un tiempo para que el encargado de la tienda pueda atender a los participantes.

Sesión 6

“El diagnóstico solo es una palabra”

Problemas de salud que afectan la sexualidad del adulto mayor

Objetivo de la sesión: Identificar los problemas de salud que afectan a la sexualidad de los adultos mayores.

Duración: Esta sesión deberá realizarse en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: En la sesión se debe de revisar los problemas que afectan la sexualidad de los adultos mayores, para que los participantes puedan buscar ayuda con especialistas y puedan continuar disfrutando de su sexualidad, pero específicamente de la intimidad, ya que se sabe que cuando una persona padece alguna enfermedad crónica degenerativa pierde el interés por tener relaciones sexuales, por ello, en esta sesión se debe de tratar este tema, así como brindarle herramientas para que pueda hacer frente a ellas.

❖ Desarrollo de la Sesión

Actividad 1: “La enfermedad no es un pretexto”

Objetivo de la actividad: Explicar cuáles y cómo afecta las enfermedades crónicas degenerativas en la intimidad de los adultos mayores.

Materiales:

- Presentación en Power point (Realizada previamente por el facilitador. Está deberá contener la definición de enfermedad crónica degenerativa y cuáles de estas son las que afectan directamente en la intimidad de los adultos mayores) (Conferencia 4)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 35 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador dará un breve exposición de cómo afectan las enfermedades crónicas degenerativas en la intimidad de los adultos mayores.

Instrucciones para los participantes: “Buenos días/Buenas tardes (según sea el caso). Espero que este día se encuentren muy bien. El día de hoy vamos a ver que otros factores afectan la sexualidad de los adultos mayores, pero esta vez hablaremos de las enfermedades crónicas degenerativas. Para ello, voy a dar una breve explicación de cuáles y cómo es que afectan las enfermedades crónicas degenerativas en la intimidad. Recuerden que si tienen alguna duda, solo levanten su mano y aclarare la duda.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “¿Sabían que también las enfermedades crónicas degenerativas también afectan su intimidad? (esperar respuesta). Entonces, con este tema nos damos cuenta que no es que los adultos mayores ya no sientan algo, que son seres asexuales, que ya no se fijan en los demás porque esto termina, pero justamente hoy y con las sesiones pasadas nos damos cuenta que son diversos los factores que afectan la y que las personas que los rodea no saben de ellos y esto genera prejuicios sociales que impiden que ustedes puedan buscar ayuda. Entonces, con lo aprendido en las sesiones de ir a una sex shop, tener una buena comunicación asertiva puedan aplicarlo para que puedan defender su derecho como personas sexuales y puedan buscar con ayuda de profesionales (médicos) y les puedan dar medicamentos que no afecte su deseo sexual y puedan continuar disfrutando de su vida sexual de una manera placentera y responsable.”

Sugerencias:

- El facilitador deberá elaborar la presentación.
- Durante la presentación, el facilitador deberá tener un lenguaje claro.
- Es válido decir “no lo sé” si alguna de las preguntas que formulen los asistentes, el facilitador no la sabe la respuesta, pero el facilitador tiene que complementar la respuesta: “no lo sé... pero lo investigaré y le diré en la próxima sesión”, el

facilitador tiene la obligación de investigar la respuesta que no sabe, ya que con esto el asistente estará satisfecho con su participación y el facilitador tendrá un nuevo dato que podrá utilizar en sesiones o talleres posteriores.

Actividad 2: “Mitos y realidades”

Objetivo de la actividad: Identificar los mitos y realidades que se tienen sobre las relaciones sexuales de los adultos mayores.

Materiales:

- 1 hoja de mitos y realidades para el facilitador (Anexo 2.12a)
- 20 paletillas (una para cada participante) (Anexo 2.12b)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 15 minutos aproximadamente.

Descripción: Los participantes tendrán una paletilla, de un lado tendrá cierto (Verde) y del otro lado falso (Rojo). Esta paletilla la deberán mostrar cada vez que el facilitador diga algún mito o realidad con respecto a la sexualidad de los adultos mayores.

Instrucciones para los participantes: “Para esta actividad, cada uno de ustedes tiene una paletilla, de un lado está de color verde con la palabra “cierto” y del otro lado es de color rojo con la palabra “falso”, cuando yo diga alguna frase de esta hoja (señalarla) ustedes deben de alzar la paletilla de acuerdo a lo que ustedes piensen que es, por ejemplo, si yo digo: -La sexualidad es igual a genitalidad- ustedes deberán mostrar la paletilla con lo que piensen y pues como ya revisamos lo que implica la sexualidad, todas las paletillas deben de estar en rojo, porque es falso. Es importante mencionarles que no le copien a sus compañeros, ustedes muestren la paletilla de acuerdo a lo que ustedes crean y si no hay alguna duda, vamos a comenzar.”

(El facilitador deberá a comenzar a leer los mitos y realidades que se encuentran en la hoja).

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Como se pudieron dar cuenta, algunos de los mitos fueron retomados de lo que se ha escuchado o dicho referente a la sexualidad de los adultos mayores y específicamente de las relaciones sexuales, sin embargo, en la conferencia del inicio de la sesión se habló de lo que realmente pasa con la intimidad de los adultos mayores y ya que saben, pueden pedir ayudar a especialistas o instituciones que se encuentran en su manual y con ello puedan continuar disfrutando de su vida íntima, sin prejuicios y si los hay, hacer caso omiso, porque ya tienen información verídica del tema.

Sugerencias:

- El facilitador puede intercalar mito y realidad o decir dos mitos y después dos realidades.
- El facilitador no debe de gesticular antes o después de que lea el enunciado.
- Cuando los participantes muestren la paletilla, el facilitador deberá aclarar si es mito o realidad el enunciado y en caso de los mitos, deberá especificar cuál es la realidad.

Actividad 3: “Ya soy un experto”

Objetivo de la actividad: Expresar lo aprendido durante el taller.

Materiales:

- Hoja de preguntas (Anexo 2.13)

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 35 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador tendrá en una bolsa diferentes preguntas. Él deberá elegir a dos personas que pasen al frente del grupo para que den respuesta y una breve explicación a la pregunta que sacaron de la bolsa.

Instrucciones para los participantes: “Esta actividad que vamos a realizar, espero que les sea muy fácil, ya que vamos a realizar una mesa de expertos. Es decir, aquí tengo una bola con muchas preguntas de los temas que revisamos a lo largo de estas cinco sesiones. Entonces, lo que ustedes van a hacer es pasar por parejas (yo voy a formar las parejas) van a tomar una pregunta de la bolsa, la van a leer muy bien, después la van a leer y van a dar respuesta a la pregunta. Los demás tenemos la responsabilidad de escucharlos con atención y si se genera más dudas durante la explicación, las personas que están al frente deberán responder estas dudas. Si ustedes se llegarán a confundir, les puedo ayudar, pero muy poco, ok. ¿Alguna duda hasta aquí? (esperar) Entonces podemos comenzar.”

Cierre de la actividad: “¿Esta difícil explicar, verdad?, ¿Qué les pareció? Estoy satisfecha porque supieron responder todas las preguntas, así como también supieron dar solución a las dudas que se iban generando mientras estaban dando respuesta a la pregunta inicial, eso quiere decir que si pusieron atención en el taller, además, puedo decir que son unos expertos en los temas que engloban a los adultos mayores y mejor aún en la sexualidad. Con ello, pueden transmitir estos conocimientos y habilidades a sus compañeros que no saben cómo actuar ante dichas situaciones, pero principalmente, que ustedes lo puedan realizar para continuar disfrutando de sus actividades diarias, dar soluciones a las nuevas problemáticas que se les van presentando. Con esta actividad terminamos el día de hoy, espero que le haya gustado esta actividad. Gracias a todo por haber participado, así como también quiero mencionarles que esta es la penúltima sesión de nuestro taller, así que si aún tienen alguna duda al respecto de lo que hemos visto, puedan preguntarme en este momento y si les da pena, recuerden que está el buzón, en el cual ustedes pueden depositar su duda y yo las responderé. ¿Tienen alguna duda hasta el momento? (esperar). Entonces, con esto terminamos, nos vemos mañana a la misma hora acostumbrada, que tengan un excelente día.

Sugerencias:

- El facilitador puede realizar preguntas mientras los participantes están dando respuesta a la pregunta de la bolsa.
- Si cree pertinente, el facilitador puede elegir tres personas por pregunta.

Actividad 4: “Hasta mañana”

Objetivo de la actividad: Expresar dudas o aportaciones referentes a lo visto en la sesión.

Materiales:

- Buzón de dudas.

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 5 minutos aproximadamente

Descripción: El facilitador explicará que el uso del buzón será para las dudas o preguntas que se hayan generado en la sesión y les dé pena expresar en ese momento. Estas las pueden escribir en un papel y lo depositan en el buzón para que el facilitador las resuelva al inicio de la próxima sesión.

Instrucciones para los participantes: “Para finalizar la sesión, quiero agradecer su asistencia así como su disponibilidad de tiempo. Les recuerdo que aquí se encuentra el “Buzón de dudas” por si se llegan quedar con alguna duda y les da pena preguntar en el momento, recuerden que solo la escriben en un papel, la depositan y yo al inicio de la sesión la voy a responder.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los asistentes de la siguiente manera: “Con esto, terminamos la sesión del día de hoy. Gracias por su participación de cada uno de ustedes. Cada día más personas van participando poco a poco y me gustaría que esto

continúe así. ¿Alguien quiere agregar algo antes de terminar? (esperar unos segundos). Una vez más gracias y nos vemos el día ____ a la misma hora de siempre. Lindo día.

Sugerencias:

- El facilitador deberá revisar el buzón al final de la sesión para ver si quedaron dudas de la sesión pasada. Es necesario que las investigue y las resuelva para que la siguiente sesión dé respuesta al iniciar la sesión.

¿Necesitas más información? Te puede interesar lo siguiente.....

Artículos

Aliaga, E., Cuba, S. y Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (2), 311-320. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36346797017.pdf>

Cartín, M. (1993). La promoción de la salud del adulto: un reto para los servicios de salud. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, s.v (25), 5-15. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan038318.pdf>

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. González, A. y Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51 (1), 16-28. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>

Kameyama, L. (2010). Valoración geriátrica integral. *Medigraphic*, 5 (2), 55-65. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>

Monteagudo, G., López, Y., Ledón, L., Gómez, M., Ovies, G., Álvarez, E. y Robles, E. (2016). El deseo sexual en varones adultos mayores, su relación con la testosterona sérica y otros factores. *Revista Cubana de Endocrinología*, 27 (1), 29-44. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v27n1/end04116.pdf>

Montero, J. Montero, L., Moraga, L. y Althausen, C. (2010). La consulta por “Chequeo médico” en adultos. *Revista Médica Clínica CONDES*, 21 (5), 674-683. Recuperado de: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_21_5/674_683_Dr_Montero.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *Disfunción sexual*. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia09.pdf>

Torices, I. y Ávila, G. (2012), *Por mi salud y tu tranquilidad, Hablemos de Sexualidad*.
Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa (DGSEI), México.

Zepeda, C. (2011). El examen médico periódico del adulto asintomático. *Revista Médica Honduras*, 79 (2). 94-97. Recuperado de:
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-11.pdf>

Páginas de Internet Oficiales

- IMSS <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>
- Salud Digna <https://salud-digna.org/>
- Médica Sur <http://www.medicasur.com.mx/es/ms/check-up>
- Guías de Salud IMSS <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>
- Enciclopedia de la Salud <http://www.encyclopediasalud.com/>
- Encolombia <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-8/ecmg8-psicogeriatría1/>

Instituciones Públicas

- Instituto Nacional de Geriátría (Anillo Periférico #2767 Col. San Lorenzo Lidice) (01-55-55-73-86-01)
- Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) (01-55-53-28-50-00)
- Cáritas (01-55-41-67-19-10)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (01-800-623-23-23)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) (01-55-57-54-12-27)

Libros de texto

Los siguientes libros se pueden localizar en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Arrivillaga, M. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: Manual Moderno. Clasificación: RC108 A77

Carrasco, M. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid: Síntesis. Clasificación: RC556 C37

Kahn, J. (1977). *Las disfunciones sexuales de la pareja y su tratamiento*. Barcelona: Toray-masson. Clasificación: RC556 K32

Matesanz, a. (2006). *Mitos sexuales de la masculinidad*. Madrid: Biblioteca Nueva. Clasificación: HQ28 M37

Preades, J., Borrás, J. (2011). *La organización de la atención multidisciplinaria*. Barcelona, España: Elsevier Masson.

Clasificación: RC262 O74

Sesión 7

“Hasta pronto”

Post-evaluación/ Cierre del taller

Objetivo de la sesión: Los adultos mayores deberán retroalimentar al facilitador.

Duración: Esta actividad deberá realizarse en 1 hora con 30 minutos aproximadamente.

Resumen: Esta es la última sesión del taller, en la cual se debe de realizar la post-evaluación, se les debe de pedir a los participantes que den su opinión acerca del taller, escuchar lo que les gusto, les disgustó o que mejoras le harían al taller.

❖ Desarrollo de la sesión

Actividad 1: “Post-evaluación”

Objetivo de la actividad: Identificar el nivel de información que ahora tienen los participantes con respecto a su sexualidad después de la intervención.

Materiales:

- 20 juegos de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez” (60 fotocopias) (Anexo 2.2).
- 20 juegos del “Inventario de actitudes hacia la sexualidad” (40 fotocopias) (Anexo 2.3).
- 20 juegos de “Comunicación con la pareja y uso del condón” (40 fotocopias) (Anexo 2.4).
- 20 Lápices (de cualquier número)
- 10 gomas

- 10 sacapuntas

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 40 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador le proporcionará a cada participante un juego de la “Escala de conocimiento sobre sexualidad en la vejez”. Y les pedirá que lo lean con atención y lo contesten sin consultar a sus compañeros, se les explicará que la información es confidencial (únicamente el facilitador tendrá acceso a la información). Conforme vayan acabando de contestar el instrumento, el facilitador proporcionará el “Inventario de actitudes hacia la sexualidad” y finalmente el de “Comunicación con la pareja y uso del condón”.

Instrucciones para los participantes: “Buenos días / Buenas tardes (según sea el caso). ¿Cómo están? Que bien, me da mucho gusto. Como ya les había dicho la sesión pasada, este es la última sesión del taller. Esta vez ya no vamos a ver un tema, si no es momento de realizar nuestra evaluación, así como la que hicimos al inicio del taller, pero no se espanten no los voy a reprobar. Esta evaluación me sirve a mí para compararla con la del inicio y ver si mi intervención del taller fue la correcta y con ellos tener mejorías para las próximas aplicaciones de este mismo taller. Entonces agradecería mucho que me contestaran con toda la veracidad posible. De igual manera, la evaluación está compuesta por los mismos tres cuestionarios que se aplicaron al inicio. Recuerden que son muy cortos, así mismo, les voy a pedir que contesten únicamente lo que se les pide, la información que proporcione es confidencial, únicamente la revisarán los facilitadores. Su edad y sexo debe ser escrito en el lugar que corresponde. Si no hay dudas por el momento, pueden comenzar a contestar. Si en alguna pregunta ustedes no entienden lo que se les está preguntando, pueden levantar la mano y con gusto iré a su lugar y lo apoyaré.”

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Ya que todos acabaron. Quiero agradecer su disponibilidad para todas las actividades y con esta evaluación termina nuestro taller. Pero antes de despedirnos, me gustaría conocer su opinión acerca del taller (dar paso a la siguiente actividad).”

Sugerencias:

- Al momento que entreguen su cuestionario, se tiene que revisar que todo el cuestionario se encuentre contestado, si algún reactivo estuviera en blanco, se le pide al participante que lo conteste.
- El facilitador debe de recordarles que si se eligió por un seudónimo lo vuelvan a colocar en esta evaluación. Pero si el facilitador colocó un número de identificación en las cuestionarios de los participantes, esté deberá darles el mismo número de identificación que dio al inicio.

Actividad 2: “Me gusto, pero también no me gusto”

Objetivo de la actividad: Conocer la opinión de los participantes respecto al taller.

Materiales:

- Ninguno

Tiempo: Esta actividad deberá realizarse en 30 minutos aproximadamente.

Descripción: El facilitador pedirá a cada uno de los participantes que den su punto de opinión de lo que les pareció e taller. Se agradecerá la participación que tuvieron a lo largo de las sesiones y además se les entregará un diploma simbólico por su asistencia al taller y si el tiempo lo permite se puede organizar un pequeño convivio.

Instrucciones para los participantes: “Ahora si, ya que estamos libres, me gustaría conocer sus opiniones del taller, qué les gustó, qué no les gustaría, que le cambiarían o que le agregarían tanto a las sesión, actividades o incluso acepto criticas como qué me falló, que me recomiendan o que les gusto de mí. Pueden expresarse como ustedes quieran, no los

voy a grabar, los seguiré queriendo igual, pero si quieren que me digan la verdad. Empezamos de nuestro lado derecho. La o lo escuchamos.

Después de escuchar las opiniones de todos los participantes...

Gracias por todos sus comentarios. Cada uno de estos comentarios me ayudan muchísimo, tanto personalmente, como profesionalmente, además, con respecto a la críticas del taller, me parecen muy bien, porque esto se hace para ustedes y que mejor que ustedes mismos digan si la forma de tratar estos temas o que otros son de inquietud y poder mejorar en las próximas aplicaciones de este taller y cada día sea mejor.

Cierre de la actividad: El facilitador se dirigirá a los participantes de la siguiente manera: “Y bueno, ahora es mi turno. Quiero agradecer a todos por su disposición y disponibilidad que tuvieron para asistir a este taller, sé que los temas que abordamos a veces eran muy personales, pero poco a poco fueron compartiendo sus experiencias y eso me alegra mucho. Espero que lo que les impartí les sea funcional en su vida cotidiana, lo pongan en práctica y ya sabían algo, pues se haya complementado, pero siempre aportando algo positivo a su vida. Gracias por permitirme estar con ustedes, de cada uno de ustedes aprendí mucho, son muy lindas experiencias, son unas personas valiosas y con este taller aprendimos que todo los prejuicios que tiene los demás con respecto a los adultos mayores son falsos porque ustedes son capaces de muchas cosas. Así que les pido que demos un aplauso porque esto tuvo éxito. También, espero que esto no sea un adiós, sino un hasta pronto y si algún día nos encontramos en algún lugar, podamos platicar. Gracias.

Sugerencias:

- El facilitador debe de escuchar con atención a los participantes.
- El facilitador puede agradecer a su estilo.

REFERENCIAS

- Arrieta, C. y Espinoza, J. (2005). El boom de los abuelitos. Una investigación sobre la imagen que los mayores tienen de sí mismos y de la vejez. Recuperado de: <https://www.enplenitud.com/el-boom-de-los-abuelitos.html#.W38FYehKiUk>
- Barros, R. (s.a). Enfermedades de transmisibles sexualmente. *Grupo Salud y Vida*.
- Bianco, F., Pazmiño, E., Guevara, S., Restrepo, H., Ortiz, M. y Rivero, J. (2013). Sexo, género y ciudadanía. *Comunidad y Salud*, 11 (1), 1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740252002>
- Brañas, F. y Serra, J. (2009). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44 (3), 1-12. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-infeccion-por-el-virus-inmunodeficiencia-S0211139X09000328>
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Cable News Network (CNN) (2012). Aumentan casos de enfermedades de transmisión sexual entre adultos mayores. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2012/02/03/aumenta-la-tasa-de-actividad-sexual-entre-adultos-mayores/>

Canto, H. y Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2), 257-270. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>

Castanedo, C. y Sarabia, C. (s.a). Cambios Psicológicos, sociales y familiares asociados al envejecimiento. *Universidad de Cantabria*. Recuperado de: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>

Católicas por el Derecho a Decidir. (s.a). *Tú decides. Boletín informativo para jóvenes*.

Centro de Apoyo y Orientación para estudiantes (CAOPE). (s.a). *Manual para el taller de sexualidad*.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2008). *Manual Sobre Salud Sexual Anorrectal*. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SaludAnoRectal.pdf>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010a). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/preguntas.html>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010b). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010c). Preguntas frecuentes. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Comisión Nacional de Población. (CONAPO) (2015). *La situación demográfica de México*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Panorama_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_2014

Condom. (s.a). *The history of the condom*. Recuperado de: <http://www.condom.com/history/history.html>

Condoms Production and Distribution Company (CPR). (2010). *Production y calidad*. Recuperado de: http://www.cpr-germany.com/sities_es/production_es.html.

Cornachione, M. (2016). *Vejez, aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Argentina: Editorial Brujas.

Departamento de Salud del Estado de Nueva York. (s.a). El sexo nunca envejece. Recuperado de: <https://www.health.ny.gov/publications/9103.pdf>

Durex. (s.a.a). La historia del sexo. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/AboutDurex/The%20History%20of%20Sex/pages/HistoryOfSex.aspx>

Durex. (s.a.b). Hagamos un condón. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Letsmakeacondom.aspx>

Durex. (s.a.c). Pruebas y pruebas. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Testing.aspx>

Durex. (s.a.d). Las pruebas que hacemos y porque. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Thetetswedo.aspx>

Durex. (s.a.e). Durex condoms. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/Products/Condoms/pages/CondomHomepage.aspx>

El Laboratorio Profeco. (2004). Condones. Revista del Consumidor. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_04/condon04.pdf

El Laboratorio Profeco. (2011). Estudio de calidad: condones. El producto vital a prueba. Revista del Consumidor. Recuperado de <http://revistadelconsumidor.gob.mx/wpcontent/uploads/2011/03/condonesOK.pdf>

Encolombia. (2018). Vida sexual en la tercera edad. Recuperado de: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-8/ecmg8-psicogeriatría1/>

Esguerra, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances de enfermería*, 25 (2), 124-140. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a12.pdf>

Gallego, J., Aguilar, J., Cangas, A., Lorenzo, J., Franco, C. y Mañas, I. (2012). Programa de natación adaptada para personas mayores dependientes: beneficios psicológicos, físicos y fisiológicos. *Revista de Psicología del Deporte*, 21 (1), 125-133. Recuperado de: <http://www.rpd-online.com/article/view/989>

García, A. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos, s.v* (33), 3-9. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/50969/33682>

Gericare. (2015). Comunicación efectiva en el adulto mayor. Recuperado de: <http://www.gericare.com.mx/blog/comunicacion-efectiva-con-el-adulto-mayor/>

Hanzeliková, A. (2006). El sida y las personas mayores. *Rincón Científico, 17* (2), 82-88. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n2/82rincon.pdf>

Herrera, J., Barranco, C., Melián, C., Herrera, R., Rodríguez, M. y Mesa, N. (2004). La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. *Portularia: Revista de trabajo social, 4* (s.n), 171-178. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/172>

Infomed Red Telemática de Salud (s.a.) Proceso de fabricación de los condones. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=672>

InfoRed SIDA (2011a). Guías Para Tener Relaciones Sexuales Más Seguras. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa

Inforesidencias. (2016). Infecciones de transmisión sexual en personas mayores. Recuperado de: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/enfermedades-de-transmision-sexual-en-personas-mayores>

Instituto Gerontológico. (2018). Sexualidad en la tercera edad. Recuperado de: <http://www.igerontologico.com/salud/gerontologia/sexualidad-tercera-edad-6546.htm>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Estadística a propósito del día mundial de la población. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf

Lega, L., Vicente, C. & Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva-Conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Leyva, J. (2008). La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. *Index Enfermería*, 17 (2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010

López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Salamanca: Ediciones Pirámide.

Marcano, J. (2017). La sexualidad en los adultos mayores. Recuperado de: <http://www.elbotiquin.mx/sexualidad/la-sexualidad-en-los-adultos-mayores>

Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Salud Pública Educación Salud* 3 (1), 28-33. Recuperado de: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Maureira, F. (2009). Amor y adicción: comparación de las características neurales y conductuales. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4, (2), 84-90. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179314913002.pdf>

National Institute on Aging. (NIH). (2017). La sexualidad en la edad avanzada. Recuperado de: <https://www.nia.nih.gov/health/sexualidad-edad-avanzada>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). Características generales. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). El condón masculino. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). El condón femenino. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>

Orihuela, J., Gómez, M. y Fumero, M. (2001). Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida. *Revista Cubana de medicina General Integral*, 17 (6), 545-547. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi06601.pdf

Planned Parenthood (2018). ¿Cuáles son los beneficios de los condones?. Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/el-condon/cuales-son-los-beneficios-de-los-condones>

Prudence. (s.a.). Productos. Recuperado de <http://www.prudence.com.mx/productos.html>

Rodríguez, A. Valderrama, L. y Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe, s.v* (25), 246-258. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>

- Shaw, B., Liang, J. y Krause, N. (2010). Age and race differences in the trajectories of self-esteem. *Psychology and AGING*, 25 (1), 82-94. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841299/>
- Sico. (s.a.a). Historia del condón. Recuperado de <http://anllie.com/cv/planet/sico/historia.htm>
- Sico. (s.a.b). Productos. Recuperado de <http://www.sico.com.mx>
- Stuardo, V. y Gajardo, J. (2016). Adulto mayor y VIH: más allá de la percepción de riesgo. *Revista Médica de Chile*, 144 (10), 1365-1368. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000020
- Suárez, E., Quiñones, C. y Zalazar, Y. (2009). El erotismo en la tercera edad. *Revista Cubana de medicina General Integral*, 25 (2), 1-8. Recuperado de: <http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/SitioSexualidad/historias/libreropaola/respuestasexual.pdf>
- Trojan. (s.a.). Productos. Recuperado de <http://www.trojan.com.mx/home.html>
- Ulla, S., Coca, C., Rincón, C., Díaz, J, Remor, E., Arranz, P. y Bayés, R. (2003). Coping with death: perceptions of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and a geriatric service. *Illness, Crisis & Loss*, 11 (4), 318-336. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.7970&rep=rep1&type=pdf>
- Velázquez, s. (s.a). Sexualidad responsable. Programa Institucional. Actividades de educación para una vida saludable. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf

"con
AMOR

*HASTA EL
FINAL."*



INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (s.a citado en Zetina, 1999) en su propósito de implantar un criterio internacional han establecido convencionalmente que a los 60 años inicia la vejez y se debe de utilizar el término de “adulto mayor” para referirse a las personas que tenga esa edad o más.

Hall (1880 citado en Erickson, 1981) definió a la vejez como un periodo de declinación y decadencia. Sin embargo, tiempo después, está se consideró como una etapa de desarrollo, durante la cual las pasiones de la juventud y los esfuerzos de toda una vida fructificaron y se consolidaron. En la vejez, se comienza un proceso de envejecimiento en el cual se pueden percibir cambios morfológicos, funcionales y psicológicos; Estos cambios no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 o 60 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista). De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma) (Marín, 2003). Es decir, cada individuo experimenta transformaciones personales, físicas, económicas y funcionales; vive cambios en los roles dentro de la familia, en la participación en el mercado laboral, en el uso del tiempo libre, en la autopercepción, en la percepción que los demás tienen de ellos (Villa y Rivadeneira, 1999 citado en Aranibar, 2001).

Un aspecto importante a considerar durante esta etapa de la vida es la sexualidad, misma que tanto en los niños como en los adultos mayores son negadas ya que generalmente se vincula con la función reproductora dejando de lado lo que también implica amor, contacto, intimidad, erotismo, autoestima, calidad de vida, por mencionar algunas.

Otro cambio que se presenta en la etapa de la vejez, es en la sexualidad, esta temática muchas de las veces no es tomada en cuenta, ya que las personas de la tercera edad evitan hablar de este tema porque es un tema “prohibido” en el cual solo la misma persona sabe lo que le está pasando.

Hoy en día se ha visto que hay muy poco interés por el tema de la sexualidad de los adultos mayores. Por ello, es importante impartir talleres dirigidos a las personas mayores para que puedan conocer qué es lo que realmente pasa con su sexualidad y no se dejen llevar por información errónea o prejuicios sociales. Además, si los adultos mayores conocen lo que pasa con su sexualidad, podrán defender sus derechos, practicarla, compartirla con sus iguales o incluso compartirla con su familia y con ello lograrán cambiar la perspectiva que tienen y con ello, generar redes de apoyo ya sea por parte de la familia o entre sus iguales para que puedan expresar lo que sienten, lo que piensan y lo que hacen respecto a su vida sexual.

Para lo cual, este manual del participante forma parte del taller: “*Con amor hasta el final.*” Este manual contiene las temáticas que se abordarán a lo largo de taller. La primera sesión está compuesta por una serie de actividades lúdicas para que los integrantes del taller puedan socializar y con ello se genere un ambiente de confianza para que puedan hablar de cualquier tema y no les de pena. En la segunda sesión se hablará de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se viven en la etapa de la vejez. La tercera sesión se aborda la sexualidad en el adulto mayor, pero no solo como simple genitalidad, sino que además se tocan temas que forma parte de la sexualidad del propio adulto mayor. La cuarta sesión aborda el uso correcto del condón, si bien, este no está planteado desde una forma para planeación familiar, sino más bien se tomó en cuenta como una manera de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y porque no una forma de vivir más placenteras las relaciones sexuales con la gran variedad de condones que existen hoy en día. En la quinta sesión se habla un poco del cuidado de la salud para que se pueda vivir plenamente la sexualidad. Finalmente, en la sexta sesión se planteó un visita a una tienda sex shop para que puedan conocer las diversas cosas que venden en estos lugares y que es parte complementaria de la sesión cuatro.

Reglas del Juego

Cada lugar tiene sus reglas y aquí también es importante aclarar algunas cosas para que el taller se desarrolle de una forma correcta:

Afuera la pena, en este taller cualquier adulto mayor puede asistir, sin embargo, existe un pequeño participante llamado “pena”, él es el único que no puede ingresar, pero si usted cree que debe invitarlo, adelante, se va a dar cuenta a lo largo de las sesiones que “pena” no hace falta.

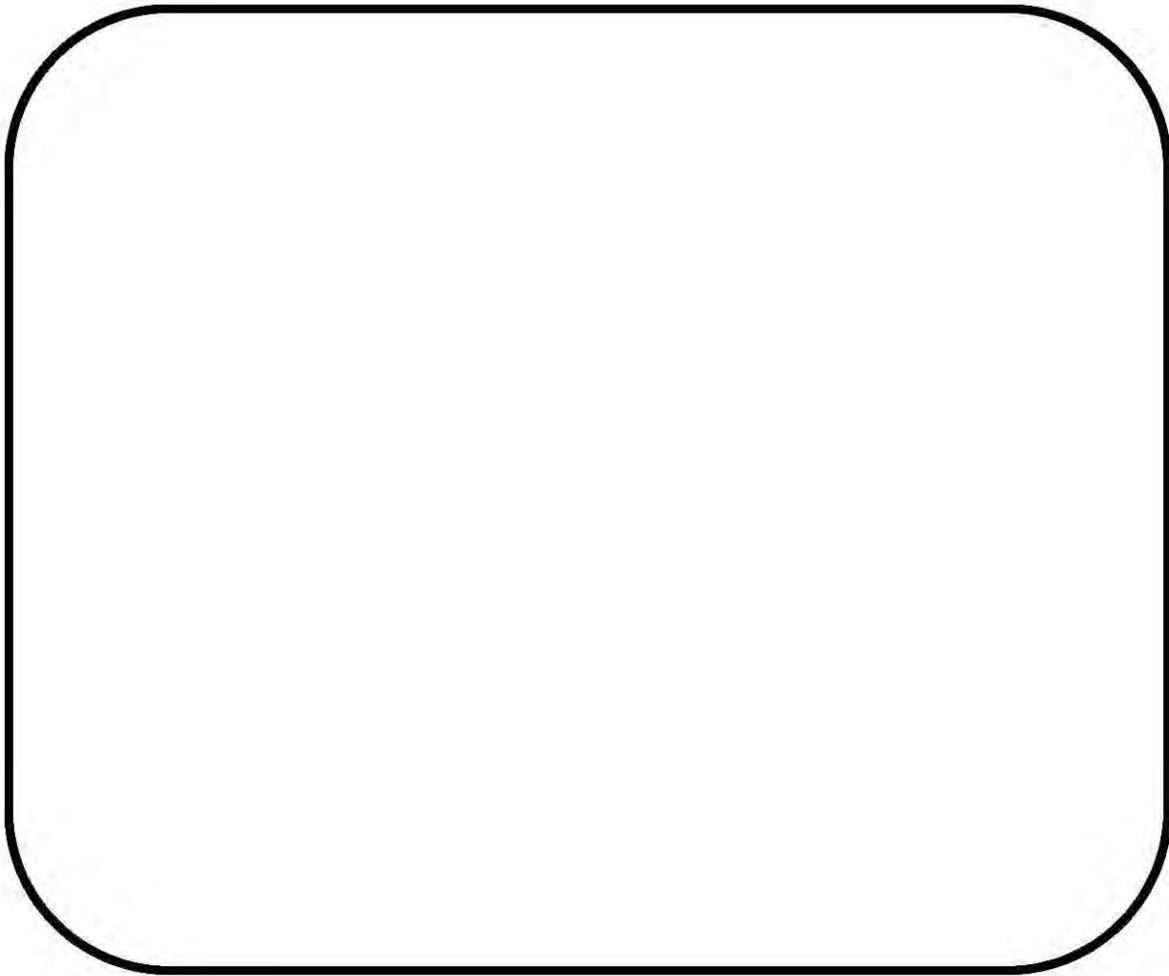
Si me pregunta, le puedo responder. Sabemos que tiene muchísimas dudas, adelante, puede hacerme las preguntas que quiera, pero si trajo a “pena” y no le permite expresarse, existe un “buzón de dudas” en el que puede depositar su pregunta sin que “pena” se dé cuenta y el inicio de la siguiente sesión se le aclarara.

Todos merecemos respeto, en este taller es fundamental, que escuchemos y hablemos de cosas, pensamientos, sentimientos y creencia que al ser compartidas con el grupo, deberán ser respetadas y quedará fuera del taller la burla y si acaso lo que compartan los demás para que usted es incorrecto, deberá aceptarlo con respeto y sin agresiones.

Es momento de participar, es fundamental su participación en TODAS las actividades que plantea el taller, sin embargo, si “pena” le aconseja que mejor se quede sentado respetaré su decisión, pero se perderá de muchas cosas que le puedan ayudar.

Este manual es una herramienta del taller, que puede complementar lo que haya aprendido en cada sesión del taller, no lo abandone, revíselo después de cada sesión, y no lo olvide, haga de cuenta que este manual es como la ropa interior, nunca sale de casa sin él.

¿Cree que faltó alguna? Si considera que faltó alguna regla, platíquelo con el grupo y todos juntos formulen las reglas que faltan y escríbalas en el recuadro de abajo:



Sesión 1: “Socializando”

¿Qué vamos a ver?

- Actividades lúdicas para la integración del facilitador con los participantes.

Resumen

Esta sesión es el primer encuentro que tendrán ustedes los participantes con el facilitador. Por lo tanto, en esta primera sesión se realizarán actividades lúdicas para la integración del grupo. Se espera que todos ustedes se integren con facilidad para poder crear un ambiente de confianza y sea agradable el taller. También, otra de las actividades que se realizarán, es la aplicación de tres cuestionarios para conocer que tanto saben del tema “*Sexualidad en adultos mayores*”. Estos tres cuestionarios también se aplicarán al finalizar el taller con la finalidad de comparar los resultados de la primera evaluación con la última evaluación y con ello ver si el taller fue efectivo. Finalmente, se les repartirá se les explicará la funcionalidad de su manual. El manual está dividido en las sesiones que corresponden al taller. Cada sesión contiene los conceptos básicos, artículos donde puedan encontrar más información al respecto, páginas de internet, instituciones públicas a la cuales pueden asistir y hay una lista de libros de textos con temas relacionados a la sesión y son de fácil acceso.

¿Qué es un grupo?

Un grupo es un conjunto de personas que se reúne en algún lugar, ya sea, para realizar actividades recreativas, platicar acerca de una temática en específico, compartir experiencias, generar nuevas amistades, así como también, tener un apoyo con las personas que nos están rodeando.



Sesión 2: “Nuestros cambios”

¿Qué vamos a ver?

- Qué entendemos por vejez
- Describir los cambios en la vejez

Resumen

Esta sesión está dedicada a exponer los cambios físicos, psicológicos y sociales que presentan los adultos mayores. Si bien, estos deben de ser conocidos por los propios adultos mayores, ya que, estos cambios solo son a nivel de apariencia, pero no afectan directamente a la sexualidad de los adultos mayores y a pesar de ello se puede continuar disfrutando de su sexualidad.

Conceptualización de Vejez

Hoy en día la población que más abunda en México son los adultos mayores, esto se debe a las transformaciones demográficas de 1970 cuando hubo una disminución de fallecimientos, hubo un control y disminución en los embarazos y se elevó la esperanza de vida para las personas (Wong, 2001 citado en Villegas y Montoya, 2014). Por ello, La Organización Mundial de Salud menciona que las personas de 60 a 74 años son



considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianos, y los que sobrepasan de 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. Pero, a pesar de ello, se establece que todo individuo mayor de 60 años se inicia la etapa de la vejez y se utilizará el término “adulto mayor” (INEGI, 2000; OMS, s.a citado en Zetina, 1999). Así mismo, en esta etapa,

los adultos mayores presentan cambios a nivel físico, psicológico y social, los cuales se mencionan en el siguiente apartado.

Cambios en la Vejez

Los cambios en la vejez pueden tener impactos positivos o negativos en las personas, esto va depender de como los perciba la propia persona. Sin embargo, resulta importante que los propios adultos mayores puedan comprender que estos cambios forman parte del desarrollo humano y que no son impedimento para que puedan disfrutar de su sexualidad.



En la vejez, se muestran cambios físicos, psicológicos y sociales, a continuación se describen cada uno de estos.

Cambios Físicos

Según Marín (2003) dentro de los cambios físicos se encuentran:

- ◆ *Apariencia física:* Comienzan a aparecer arrugas, salen pecas, el tono muscular disminuye (“se cuelgan los pellejos”), en la cara se presentan arrugas, en los ojos se ven arrugas conocidas como “patas de gallo”, mientras que en el cabello comienzan a salir canas, a los hombres su barba se empieza a poner de color blanco y comienzan a salir vello en las orejas. Además, se comienza a presentar una postura encorvada y aparecen las llamadas jorobas.
- ◆ *Cambios en la marcha:* Esta se vuelve más lenta, los pasos son más cortos, les duelen los pies, les truenan las rodillas, no aguantan a caminar distancias largas y algunas personas necesitan utilizar bastón o andadera.
- ◆ *Cambios en los sentidos:*



✓ **Auditivo:** Comienzan a perder la audición y deben utilizar aparatos especializados para que esto pueda mejorar.

✓ **Visual:** La vista disminuye y deben de utilizar lentes o aparecen cataratas, las cuales deben de ser atendidas por el especialista.



✓ **Gustativo:** Ya no hay un disfrute de los sabores debido a que el número de papilas gustativas disminuye con la edad y la boca produce menos saliva lo cual causa una resequedad en la boca, lo cual afecta este sentido.

✓ **Olfativo:** Este sentido está relacionado con el gustativo. El sentido del olfato comienza en los receptores nerviosos ubicados en la parte alta de la nariz. Dentro de la nariz tenemos sensores que detectan el olor de los alimentos y cuando estas disminuyen se ve alterado este sentido al mismo tiempo que el gustativo.



✓ **Táctil:** Las sensaciones pueden verse reducidas o modificadas. Estos cambios pueden suceder debido a una disminución del flujo sanguíneo a las terminaciones nerviosas o a la médula espinal o al cerebro, lo cual puede causar cambios en las alteraciones.

◆ **Cambios en el sistema nervioso:** Se pueden sufrir alteraciones del sueño, dolores de cabeza, comienzan a olvidar cosas y en otros casos más graves puede presentar Parkinson o Alzheimer.

◆ **Cambios en el sistema respiratorio:** Los órganos que componen a los pulmones se vuelven más delgados y esto causa que haya un impedimento para respirar con facilidad y se tenga que utilizar un tanque de oxígeno.



◆ **Cambios en el sistema digestivo:** Hay un enlentecimiento de para digerir los alimentos y esto puede causar estreñimiento o contante diarrea.

- ◆ *Cambios en el sistema cardio vascular:* Se presenta hipertensión, la sangre no coagula bien, salen varices y algunas personas llegan a presentar infartos.
- ◆ *Cambios en el sistema genito-urinario:* Ya no hay suficiente capacidad para retener la orina.
- ◆ *Cambios en el sistema endocrino:* Deficiencia para producir suficiente testosterona y progesterona. Además, hay una pérdida de sustancias en el cerebro, como es la serotonina. Esta sustancia es la encargada de regular nuestros estados de ánimo.

Cambios Psicológicos

Son aquellos cambios conductuales que se presentan en esta etapa, los cuales son (Castenedo y Sarabia, s.a):

- ◆ *Alteraciones a nivel cognitivo:*
 - Se les olvidan constantemente las cosas.
 - No se entienden o hay un retraso para comprender la información.
 - Tienen a comparar el antes con el ahora.
 - Se vuelven testarudos.
- ◆ *Crisis de identidad.*
- ◆ *Cambios de personalidad.*



Cambios Sociales

Son cambios relacionados con la interacción de las personas y aunque incluyen cambios personales, se enfocan en las personas que los rodean. Algunos de los cambios sociales, se encuentran (Marín, 2003):

- ◆ *Jubilación:* Pérdida de la actividad laboral, ante lo cual, las relaciones sociales disminuyen, así como también los recursos económicos.
- ◆ *Modificaciones familiares:* Los adultos mayores pasan a formar parte de la familia de algunos de sus hijos.

¿Necesita más Información? Podrá consultar.....

Artículos

Aedo, C. (1996). Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas. *Estudios Públicos*, 63 (1), 285-305. Recuperado de: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303184534/rev63_aedo.pdf

Battistella, G. (s.a). Salud del adulto mayor. *Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina UBA, s.v* (s.a), 1-22. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/salud.pdf>

González, F. (s.a). *Manejo de la hipertensión en adultos con diabetes*. México: Lancet. Recuperado de: <http://lancet.mx/FASCICULOS/Monografias/Hipertension%20y%20diabetes%20en%20adultos.pdf>

Peláez, M. y Brito, P. (2001). *Aspectos clínicos e atención a los adultos mayores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/proyecto_regional_ops.pdf

Ramos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 16 (s.n), 83-104. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>

Saez, N., Alexandre, M., Vicente, P., Meléndez, J. y Villanueva, I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones Psicológicas*, 12 (s.n), 129-152. Recuperado de: <https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/Cambio%20y%20socializacion.pdf>

Salech, F., Jara, R. y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Condes*, 23 (1), 19-29. Recuperado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiológicos-5.pdf

Sanhueza, M., Castro, M. y Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2), 17-21. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>

Páginas de Internet oficiales

- Federación Mexicana de Diabetes <http://fmdiabetes.org/>
- Fundación para la Diabetes <http://www.fundaciondiabetes.org/>
- Hipertensión arterial
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>
- Instituto nacional de Salud Publica <https://www.insp.mx/>
- Instituto nacional de las personas adultas mayores <https://www.gob.mx/inapam>
- Instituto nacional de geriatría <http://www.geriatria.salud.gob.mx/>

Teléfonos de Instituciones

Nombre	Teléfono	Horario de atención	Dirección
Asociación Mexicana de Diabetes	55-16-87-00	Lunes a Jueves 10 am – 5 pm Viernes 10 am – 3 pm	Topógrafos #7 Col. Escandón
Centro de atención al Adulto Mayor	52-0835-83	Lunes a Viernes 10 am – 8pm	Dr. Lavista #181 Col. Doctores
Fundación para ancianos Concepción Béistegui	57-09-62-60	Lunes a Viernes 10 am – 5 pm	Regina #7 Col. Centro Histórico
Meridia: Centro de día para Personas Mayores	47-49-55-55	Lunes a Viernes 8 am – 7 pm	Amores #1729 Col. Del Valle Centro

**Datos actualizados en Marzo del 2018*

Instituciones Públicas

- Instituto del Seguro Social (IMSS) (01-800-62-32-32-3)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSTE) (01-55-57-54-12-27)
- Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores (INAPAM) (01-55-53-92-72-11)
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (01-55-53-09-40-65)
- Fundación para el bienestar del adulto mayor I.A.P (52-79-72-70)

Libros de Texto

Libros de venta en librerías Gandhi			
Título	Autor	Precio	Sinopsis
<i>“El arte de vivir con diabetes” 2006</i>	Carlos Octavio Pardo Huerta	\$170	No disponible
<i>“Diabetes sin problemas” 2015</i>	Frank Suarez	\$295	Se puede vivir con una diabetes sin problemas. Sabía usted que: se puede reducir la glucosa sin exceso de medicamentos; pueden evitarse todos los daños de la diabetes incluyendo la impotencia sexual; algunos han logrado que sus médicos le reduzcan o eliminen la insulina inyectada
<i>“Hipertensión arterial” 2000</i>	David García Barreto	\$46	La hipertensión arterial es uno de los principales problemas de salud en nuestras sociedades modernas, por lo que es importante conocer cuáles son sus causas y tratamientos. Pero el doctor García Barreto nos muestra mucho más: en una forma sencilla y didáctica nos lleva por la historia de los descubrimientos científicos en torno al aparato circulatorio, desde la Antigüedad clásica y otras culturas.

“Vivir bien con hipertensión” 2015	Ramón Sánchez Ocaña	\$169	El libro explica desde cómo realizar correctamente los controles periódicos necesarios o la importancia de llevar un estilo de vida saludable, hasta las fórmulas para la prevención de riesgos que trae aparejados esta enfermedad.
“Calidad de vida en la vejez: su medición y propuesta de un modelo.” 2015	José González Tovar	\$ 169	Este texto puede ser de gran interés para aquellos especialistas que desarrollan planes y estrategias de atención específica y centrada en mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
“Envejecimiento y vejez.” 2015	Elisa Dulcey Ruiz	\$179	El libro es un aporte al estudio del envejecimiento como proceso que abarca la vida entera y en el que se conjugan múltiples y disímiles influencias.
“Enfermedad en la vejez” 2011	María Eugenia Corona	\$140	El objetivo general de esta obra es mostrar de qué modo puede orientar un educador familiar a personas que están viviendo el proceso de envejecimiento y enfermedad en la vejez.
“Y ahora ¿qué? Dos retos: jubilación y vejez” 2016	Cándido Señarís Fernández	\$139	Este libro intenta ubicar al jubilado frente a su futuro inmediato y ayudarlo a descubrir el papel que mejor puede representar en su última etapa de vida.

**Datos actualizados en Marzo del 2018*

Directorio de librerías Gandhi

Teléfono de oficinas generales 26-26-06-06

Sucursal	Dirección	Horario
Bellas Artes	Av. Juárez #4, Centro, C.P. 06050. Centro.	Lunes a Sábado de 10:00 a 21:00 Domingo de 11:00 a 21:00
Rosario	El Rosario 1025, Centro Comercial Town Center. #Local X-5, Azcapotzalco, C.P. 02430. Azcapotzalco.	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00
Satélite	Circuito Médicos #5, Ciudad Satélite, C.P. 53100, Ciudad Satélite,	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00

**Librerías cercanas al Municipio de Tlalnepantla.*

Sesión 3: “Aún somos seres sexuales”

¿Qué vamos a ver?

- Definición de la sexualidad
- Conceptos que implican la sexualidad

Resumen

A lo largo del tiempo, el concepto de sexualidad tiene una connotación muy reducida a la genitalidad. Sin embargo, la sexualidad implica más que ello. Esto implica desde el cuidado personal, la autoestima, la forma en cómo se relacionan con los demás, el contacto físico, erotismo, las relaciones sexuales, por mencionar algunas. La sexualidad es un aspecto que se desarrolla desde la niñez y esta continua hasta la vejez, además implica diversos aspectos que son desconocidos, por ello, en esta sesión se abordará el concepto de sexualidad y sus aspectos que la integran.

Sexualidad

La OMS en el 2006 definió a la sexualidad como el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y afectivas que caracterizan a cada sexo. La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades, los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales (Velázquez, s.a).



Como se puede ver, la sexualidad implica diversos aspectos, los cuales algunos son desconocidos, por ello, a continuación se describirán algunos de ellos.

Sexo

El concepto de sexo se refiere a la diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombre o mujeres; son características con las que se nace, universales e inmodificables (Bianco, Pazmiño, Guevara, Restrepo, Ortiz y Rivero, 2013).



Género

Es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura. Por ejemplo, anteriormente estaba muy arraigado que las mujeres siempre tenían que estar en la casa, mientras que los hombres eran los que trabajaban. Entonces es en ese momento se está hablando de **roles de género**, los cuales marcan los deberes, los comportamientos, las actividades y las expectativas consideradas socialmente apropiados para las personas que pertenecen al género masculino o al femenino. Por ejemplo, cuando se es adulto mayor, los roles que pasan a desempeñar es el de ser abuelitos e incluso cuidara los nietos mientras los hijos trabajan (Bianco et al., 2013).



Erotismo

El erotismo es un elemento que forma parte de la sexualidad y se define como el amor sensual, aquel que deleita los sentidos y los satisface, capacidad para sentir deseo, excitación, orgasmo y placer. Este abarca las caricias, las fantasías y la imaginación que evocan internamente aquellos recuerdos o imágenes que desencadenan la excitación sexual (Suárez, Quiñones y Zalazar, 2009). Sin embargo, cuando un adulto mayor desea ejercer el

libre desarrollo de su erotismo, se ve inhibido por sus prejuicios personales y los de la sociedad (Puerto, 1995 citado en Bohórquez, 2008). Incluso ha llegado a considerarse como algo patológico, acompañado con sentimientos de vergüenza y aislamiento (García, 2008 citado en Bohórquez, 2008).

Placer

El placer puede ser definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando se satisface plenamente alguna necesidad del organismo humano: bebida, en el caso de la sed; comida, en el caso del hambre; descanso (sueño); diversión (entretenimiento), para el aburrimiento, y conocimientos (científicos o no científicos) o cultura (diferentes tipos de arte) para la ignorancia, la curiosidad y la necesidad de crear y desarrollar el espíritu (Maureira, 2009).



Autoestima

La autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor (Abud y Bojórquez, 1997 citado en Canto y Castro, 2004). Como parte de la autoestima podemos considerar a la autoimagen. Si bien, este es un aspecto que se va perdiendo importancia con el tiempo, ya que, los adultos mayores descuidan su imagen. El cuidado que tienen los adultos mayores con respecto a su imagen va a depender de las condiciones sociales y personales y de la forma como las personas se enfrentan a ellas (Callís, 2011; Ortiz y Castro, 2009).

Esto se puede ver reflejado en cómo una persona mayor se arregla ya sea para sí misma o para los otros, por ejemplo, algunas mujeres mayores tienden a teñirse el cabello, se tatúan las cejas, se ponen pestañas postizas, se maquillan, usan algunos accesorios, llegan a combinar su ropa. Mientras que los hombres, constantemente se cortan el cabello, se

rasuran o se cuidan su barba, utilizan sombreros estilo pachuco o boinas, pantalones de vestir, zapatos de charol, tirantes, por mencionar algunos. Muchas veces esta forma de vestir tanto de hombres como de mujeres los remonta a sus años de juventud lo que estaba de moda, pero siempre cuidando su imagen. Sin embargo, hay otras personas mayores que ya no cuidan su imagen personal y con ello se sienten bien.

Como se ha ido mencionando, estos son aspectos que involucran a la sexualidad de todas las personas. Sin embargo, cuando una persona mayor quiere o comienza a expresar su sexualidad, es criticada por la sociedad, lo que ocasiona que los adultos mayores se inhiban y repriman aquello que sienten. Aunado a todo esto, otro aspecto que no se debe dejar de lado, son las relaciones sexuales, este aspecto se explicará a continuación.



Relaciones sexuales en los Adultos Mayores



Las relaciones sexuales en los adultos mayores es maltratada, poco conocida y mal vista por la sociedad y por los propio ancianos (González, Núñez, Hernández y Betancourt, 2005). Esto se debe a que la sociedad en general tienen un mala concepción de esta población, así como también lo que pasa con ellos, además de que se ve permeada por un sin fin de prejuicios y no obstante relacionados con la intimidad. Sin embargo, la intimidad de los adultos mayores se ve afectada por cambios a nivel fisiológico, psicológico y social. Los cambios fisiológicos se pueden ver en la tabla 2.

- *Cambios Fisiológicos en hombre y mujeres*

Los cambios fisiológicos afectan el comportamiento sexual e influyen en la adaptación de la vida sexual de las personas mayores.

Tabla 2

Cambios Fisiológicos en hombres y mujeres

Cambios en Hombres	Cambios en Mujeres
Disminución de testosterona	Disminución de estrógenos
Reducción del tamaño de testículos	Atrofia de la vulva
Erección más lenta	Disminución del tamaño de la vagina
Disminución de espermatozoides	Reducción de flexibilidad y forma de senos
Menor densidad de eyacular	Falta de lubricación

Fuente: Cornachione (2016)

- ***Cambios Psicológicos***

Los cambios psicológicos afectan la sexualidad de los adultos mayores porque prestan más atención a la situación que les está pasando en el momento y dejan de lado la intimidad. Algunos de estos cambios son (López, 2012):



- Cambios en la figura corporal: Esto ocurre principalmente en la mujeres, ya que o se sienten atractivas.
- Jubilación laboral: Se pierde el contacto con compañeros de trabajo. Además se produce un cambio de estatus económico y social.
- Reorganización de la vida social: Se buscan nuevas actividades con las que llenar su tiempo tras la jubilación. Nuevas actividades culturales y voluntariados.
- Cambios de residencia: Cuando se cambia de residencia, ya sea a casa de hijos o un centro de mayores, tienden a presentar tristeza y síntomas de depresión.
- Cambios en el núcleo laboral: Llegada de los nietos. En muchos casos crían a sus nietos y pasan mucho tiempo con ellos, con lo que a veces carecen de intimidad.
- ***Cambios Sociales***

¿Necesita más Información? Podrá consultar.....

Artículos

Arias, C. y Polizzi, L. (2011). La amistad en la vejez. Funciones de apoyo y atributos del vínculo. *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-052/350.pdf>

Instituto para la atención de los adultos mayores en el Distrito Federal. (s.a). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. México. Recuperado de: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

Leiva, V., Arguedas, C., Hidalgo, M., y Navarro, Y. (2013). Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 11 (140), 163-173. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15329874012>

Loreto, C. (2006). La sexualidad en la vejez. *Revista Índice, s.v* (15), 14-16, Recuperado de: <http://www.revistaindice.com/numero15/p14.pdf>

Morgade, A. (2011). Sexualidad del adulto mayor. *Tendencias en Medicina, s.v* (s.a), 67-71. Recuperado de: http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes39/art_15.pdf

Navarro, A., Díaz, P. y López, A. (2009). *Así soy así me gusto*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid: Grafilur. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/asisoyasimegusto.pdf>

Undurraga, C. (2012). *Relaciones Sociales*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: http://adultomayor.uc.cl/docs/relaciones_sociales.pdf

Páginas de Internet oficiales

- Plusesmas.com <https://www.plusesmas.com/>
- Tena <http://www.tena.com.mx/>
- PedroLucas
http://consultasexologo.com/articulos/la_educacion_sexual_en_las_personas_mayor_es
- Salud del adulto mayor <https://aps.issv.gob.sv/web/ciudadano/-/sexualidad-en-el-adulto-mayor>
- Instituto Nacional de Geriátría <http://www.geriatria.salud.gob.mx/>
- GeriatralMSS <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/geriatrimss>

Teléfonos de instituciones

Nombre	Teléfono	Horario de atención	Dirección
Médica Interna Geriátrica	55-74-52-58	Por cita	Eugenia #707 Col. Del Valle
Unidad Clínica de Alta especialidad en Geriátría	52-78-23-48	Por cita	Cerrada nueva #107 Col. San Miguel Chapultepec
Asociación Mexicana para la Salud sexual	55-73-34-60	Lunes a Viernes 8 am – 7 pm	Tezoquipa #26 Col. La joya, CDMX
Sexólogo Acosta	52-64-47-62	Martes a Viernes 9 am – 3 pm	Gral. Mariano Escobedo #373 Col. Polanco
Urología y Sexología Integral de México	55-74-93-79	Lunes a Viernes 10 am – 4 pm	Aguascalientes # 28 Col. Roma Sur
Clínica de Atención Psicológica Integral	56-98-56-24	Lunes a Domingo 8 am -9pm	José Simón Bolívar #1016 Col. Niños Héroes

**Datos actualizados en Marzo del 2018*

Instituciones Públicas

- Instituto Nacional de Geriátría (Anillo Periférico #2767 Magdalena Contreras Col. San Lorenzo Licide) (01-55-55-73-86-01)
- Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) (01-55-53-28-50-00)
- Cáritas (01-55-75-80-06)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (01-800-623-23-23)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) (01-55-57-54-12-27)

Libros de Texto

Libros de venta en librerías Gandhi				
Título	Autor		Precio	Sinopsis
<i>“La pareja en la Vejez” 2017</i>	Mariana Feliu	Helena	\$330	En este libro se ofrece una visión de los múltiples y distintos aspectos que deberíamos tener en cuenta en nuestra relación de pareja y ofrecer los consejos adecuados, no solo para sortear los escollos en esta etapa vital, sino también para gozar de muchos momentos y ventajas, que también los hay: el horizonte que se abre ante nosotros en la vejez no tiene por qué ser forzosamente ingrato.
<i>“Sexualidad y afectos en la vejez” 2012</i>	Felix Sánchez	López	\$200	Este libro ayuda a las personas mayores de cincuenta años a conocer, comprender y manejar con inteligencia emocional los cambios fisiológicos, afectivos, mentales y comportamentales que afectan a su biografía sexual y amorosa. Una etapa de la vida muy larga, la más larga para bastantes personas, en la que, en contra de lo que se nos decía, la vida sexual y amorosa sigue siendo muy importante, aun siendo muy diferente de unas personas a otras. Algunas capacidades declinan, pero otras se mantienen o mejoran: los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y los sociales (apego, amistad y cuidados) permanecen abiertos toda la vida, de forma que siempre es posible amar y ser amado, que

			en realidad es lo que más necesitamos.
<i>“Amores y desamores en la vejez” 2017</i>	Mariana Elena Real Becerra	\$116	Con los progresos de la ciencia, la ancianidad puede ser y es, cada vez más, una etapa de la vida tan plena como cualquier otra, productiva, creativa, llena de relaciones sociales, de calidad de vida e independencia. Sí es posible, a partir de los sesenta años, sentirse capaces y atractivos, aunque nuestra sociedad desvaloriza —en cierta medida esta última etapa de la vida.
<i>“Comportamiento sexual en la vejez” 2018</i>	Fernando Quintanar	\$118	No disponible
<i>“Sexo aún” 2017</i>	Arlene Heyman	\$300	Sexo aún es una colección de relatos que intentan romper tabús, una reflexión sobre la vejez y el sexo, y una aproximación a las miserias físicas y psicológicas de la condición humana. En carne viva, de manera tierna, divertida y veraz, pero en ocasiones chocante, este libro es una feroz exploración del caos y la belleza de la vida.

**Precios actualizados en Marzo del 2018*

Directorio de librerías Gandhi

Teléfono de oficinas generales 26-26-06-06

Sucursal	Dirección	Horario
Bellas Artes	Av. Juárez #4, Centro, C.P. 06050. Centro.	Lunes a Sábado de 10:00 a 21:00 Domingo de 11:00 a 21:00
Rosario	El Rosario 1025, Centro Comercial Town Center. #Local X-5, Azcapotzalco, C.P. 02430. Azcapotzalco.	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00
Satélite	Circuito Médicos #5, Ciudad Satélite, C.P. 53100, Ciudad Satélite,	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00

Sesión 4: “Nuevas sensaciones”

¿Qué vamos a ver?

- Historia del Condón
- Uso correcto del condón
- Juguetes sexuales

Resumen

En esta sesión se hablará del condón masculino y femenino. Hoy en día existen diversos tipos de condones, clasificados por tipo de material o por tipo de práctica. Si bien, el uso del condón en la tercera es de gran importancia por dos cosas. La primera, es para prevenir alguna infección de transmisión sexual (ITS) o VIH/SIDA y la segunda es que gracias a la gran gama de condones de existen hoy en día, estos pueden ayudar a que los adultos mayores tengan una mejor estimulación a la hora de tener intimidad con su pareja. Además, en el último apartado de la sección, se hablará un poco de algunos juguetes sexuales que de igual manera ayudan a que los adultos mayores tengan una mejor estimulación en la intimidad.



El condón

La manera para prevenir los problemas de salud (infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA) que aquejan a las personas, es el sexo protegido, el cual se definiría como el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).

Historia del Condón



El condón ha sido utilizado desde las antiguas civilizaciones con la finalidad de prevenir embarazos, la transmisión de ITS y más reciente del VIH/SIDA. A continuación se explicará brevemente esta historia (Ver tabla 3).

Tabla 3.

Muestra la historia del condón

Lugar/Fecha	Hecho
Egipto (1220 AC)	La imagen más parecida a un condón aparece en algunos murales en donde algunos hombres portan en sus penes una especie de envoltura, aunque el propósito se desconoce (Sico, s.a.a).
China	Se recomendaba cubrir el pene con papel de arroz empapado con aceite para evitar embarazos y la transmisión de ITS (El Laboratorio Profeco, 2004).
Europa (100 a 200 AC)	Confirma el uso de preservativo en algunas escenas de las pinturas rupestres en Combarelles, Francia (Durex, s.a.a). Los soldados romanos fueron los primeros en usar condones hechos de intestinos secos de borrego que usaban para protegerse contra enfermedades venéreas, que se decía había sido enviados como azote por Venus, diosa del amor (Sico, s.a.a; El laboratorio Profeco, 2004).

Francia	El condón fue “re-inventado” por el Marqués de Sade cuando envolvió su pene en una tira de tocino antes de sodomizar gallinas vivas (Sico, s.a.a).
1500	Se utilizaban telas como condón, una funda de lino fino bañada en una infusión de hierbas astringentes (Durex, s.a.b).
1600	Explicaciones sobre el nombre del condón (1600): <ul style="list-style-type: none"> 1) Podría derivar del vocablo latino <i>condus</i> (receptor) y <i>condere</i> (esconder, proteger); 2) Pudo adoptar su nombre del doctor <i>Condom</i> o <i>Quondam</i> que fabricaba protecciones a partir de intestinos de animales para el rey Carlos II de Inglaterra (Durex, s.a.b; Sico, s.a.a; El Laboratorio Profeco, 2004).
1843	Con el proceso de la vulcanización del caucho (Goodyear y Hanckok) hizo posible producir en masa y en menor costo los condones (Sico, s.a.a).
Años 80’s	En los años 80’s, con la aparición del VIH/SIDA incrementó su venta.
Años 90’s	Para los años 90’s se emplea nuevas tecnologías que han mejorado la calidad de los condones (Durex, s.a.b; EL Laboratorio Profeco, 2004).

Fuente: Elaborada por la autora de este trabajo.

¿Qué es el condón?

El condón es considerado como una barrera de protección que cubre el pene, la entrada a la vagina o el ano antes, durante y después de las relaciones sexuales (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2010b).



CONDÓN FEMENINO Y CONDÓN MASCULINO

Tipos de Condone

Existe una gran variedad de condones que pueden ser elegidos de acuerdo a tres clasificaciones, por usuario, por práctica sexual y por el material del que están hechos (CENSIDA, 2010b) los cuales son los siguientes:

- *Usuario:*

- Condón Masculino:

Es una funda que se coloca en el pene erecto para prevenir el intercambio de fluidos corporales (el paso de espermatozoides) durante las relaciones



sexuales y proteger de ITS (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b). Se recomienda que los hombres practiquen el uso correcto del condón y prueben uno con su pareja antes de tener relaciones sexuales (CENSIDA, 2010b). En este tipo de condones se pueden encontrar anatómicos, rectos, con puntos o líneas para sentir más placer, con olor, sabor y aroma. Además, hay de tamaños, por ello se recomienda que los hombres midan la longitud y el grosor de su pene, ya que muchas veces los condones comerciales son de tamaño estándar, pero

hay hombres que tienen más ancho y largo su pene y los condones comerciales no les quedan.

- Condón Femenino: El condón femenino es una funda que se pone en la vagina compuesta por dos arillos, uno móvil y uno fijo. El aro móvil se coloca dentro de la vagina, mientras que el aro fijo cubre los labios de la vulva. El condón femenino es fabricado de poliuretano y existe uno nuevo hecho de polímero de nitrilo, ambos materiales son más resistentes que el látex, tiene una mejor resistencia a los cambios de temperatura, no tienen efectos secundarios y conduce el calor manteniendo la sensibilidad (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b). Este condón es más amplio que el condón masculino, protege más contra las ITS porque cubre una gran parte de los genitales femeninos (vagina, cuello del útero y genitales externos) y la base del pene, no obstante, el precio de un condón femenino es más alto que un condón masculino, éste cuesta aproximadamente \$80 pesos (OPS, 2005c). La ventaja que tiene el condón femenino es que se puede colocar 8 horas antes de tener relaciones sexuales, además, se puede utilizar para prácticas anales, solo se tiene que retirar el arillo móvil.

- *Material*

Existen tres materiales de condones masculinos:

- Látex: Es el más distribuido y utilizado en todo el mundo y tienen un promedio de 5 años de vida; estos se pueden deteriorar si se expone a ciertas condiciones como luz ultravioleta o calor, por lo que deben guardarse en lugares que no lo dañen (bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, cajetilla de cigarros, caja de chicles, porta condones; además de tomar en cuenta que las condiciones que se mencionan más adelante) y utilizarse con lubricantes



a base de agua (OPS; 2005a). Dentro de los condones de látex hay condones texturizados tanto para hombres, como para mujeres, algunos tienen puntos para sentir más rico en el caso de los hombres y para las mujeres tiene líneas u otros tienen rayas y puntos para que ambos sientan más rico, otros llamados “piel sensitive” porque son más delgados. Además de estos, hay otros condones que provocan sensaciones en el pene del hombre, como sentir frío, efecto retardante para que duren más tiempos en el acto, anatómicos o rectos, por mencionar algunos. Para este tipo de condones se debe utilizar lubricante a base de agua.

- Poliuretano: Este tipo de condones son utilizados por las personas que resultan ser alérgicas al látex, además previene embarazos no deseados, la transmisión de las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010a).



Para este tipo de condón se puede utilizar lubricantes a base de agua y a base de aceite. Estos condones se pueden utilizar para prácticas sexuales vaginales, su grosor es de 3 milimicras, se pueden encontrar anatómicos, rectos, de color, de sabor, de olor, sensitivos, con algún efecto, pero estos no son muy comerciales y la mayoría de las veces solo se encuentran en condonerías y sex shop. Su costo aproximado es de \$20 pesos y van a depender de la marca.

- *Poliisopreno*: Estos condones son de un material parecido al poliuretano, utilizado para las personas que son alérgicas al látex. Para este tipo de condón se puede utilizar lubricantes a base de agua y a base de aceite. Los más conocidos son de la marca SKYN, se puede comprar en condonerías o sex shop, su costo es de aproximadamente \$35 pesos.



- *Práctica sexual:*

- *Sexo Oral:* El tejido de la boca puede permitir el ingreso de fluidos infectantes y si hay lesiones incrementa la posibilidad de contraer el VIH/SIDA o alguna ITS, por ello, se debe utilizar condones sin lubricante, delgados de 3 milimicras (ultra sensibles), de sabor, de aroma y colores o bien cortar un condón para mujer de tal manera que la zona quede bien protegida (CENSIDA, 2010a; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2004; Sico, s.a.b; Durex, s.a.b; Prudence, s.a). Además, para su uso se ha puesto a la venta lubricantes de sabores que ayudan para su práctica (CENSIDA, 2010b; InfoRed, 2011).



- *Sexo Anal:* La mucosa anorrectal es frágil y sensible a infecciones y accidentes que pueden provocar hemorragias y otras lesiones más delicadas y graves, por lo que se le considera una situación propicia para la adquisición y la transmisión de ITS incluso cuando no hay eyaculación, por lo que es recomendable en la práctica del sexo anal utilizar un condón de 9 milimicras, el más



- conocido es de la marca triangulo que muchas veces solo se consigue en condonerías, su precio es de aproximadamente \$15 pesos (CENSIDA, 2010c). En caso de que no tengan un condón para esta práctica, se puede utilizar un condón femenino, lo único que se tiene que hacer es retirar el arillo móvil y la funda se coloca en el pene y se puede tener este tipo de relación.
- *Sexo Vaginal:* Al tener relaciones sexuales tienen riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA, además hay riesgo de embarazos no deseados, por lo que el uso de condones es muy importante para reducir la probabilidad de que ocurran y son los más conocidos en el mercado por su amplia variedad (CENSIDA, 2010^a). Se tienen: lubricados (el lubricante sirve para evitar

rupturas del condón, además lo emplean aquellas mujeres que no lubrican “normalmente”), de colores, de diversos tamaños (regular de 12 a 18 cm de largo o de más de 18 cm), de texturas (con puntos para estimular al hombre, con estrías/anillos para estimular a la mujer, o ambos), de diversos grosores de la pared de látex (extra resistente-0.09mm ideal para el sexo prolongado, más de 10 min sin eyacular; normales – 0.08mm), con espermicida (lubricados con un agente llamado espermicida nonoxynol 9, su función es matar a los espermatozoides y es auxiliar en la prevención de embarazos, pero puede causar irritación) y con retardante para alargar el clímax del hombre (lubricados con Benzocaína al 5%, esta sustancia lo que hace es bloquear la sensación del pene por un momento) (Sico, s.a.b; Durex, s.a.b; Prudence, s.a).

Como se ha revisado anteriormente hay diversos tipos de condones. Hoy en día existen diversas marcas de condones que ofrecen estos condones y están en venta en tiendas departamentales o farmacias, a continuación se muestra una tabla con algunas marcas, material y precio de algunos condones.

Condomes para práctica vaginal								
Marca	Trojan				M Force			
Modelo	Clásico	Piel desnuda	Retardante	Texturizado	Clásico	Sensación natural	Texturizado	Retardante
Material	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex
Cantidad	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	2 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.
Precio	\$53	\$60	\$57	\$57	\$52	\$53	\$53	\$55
Marca	Sico			Prudence		Playboy		
Modelo	Clásico	Sensitivos	Texturizado	Clásicos	Retardante	Clásico	Texturizado	Ultra sensible
Material	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex	Látex

Cantidad	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.	3 pzs.
Precio	\$55	\$56	\$60	\$29	\$38	\$46	\$49	\$46
Condomes para práctica oral								
Marca	Prudence		Playboy		Sico			
Modelo	Sabores y aromas mixtos	Fresa	Sabores y aromas mixtos		Sabores y aromas mixtos			
Material	Látex	Látex	Látex		Látex			
Cantidad	5 pzs.	3 pzs.	3 pzs.		3 pzs.			
Precio	\$25	\$30	\$49		\$45			

**Disponibilidad y precios de Farmacias San Pablo, revisados en Marzo del 2018.*

Condomes para practica anal				
Marca	Trojan	Durex	Skyn	Triangulo
Modelo	Extrafuerte	Sin látex	Skyn	Triangulo
Material	Poliuretano	Poliuretano		Poliuretano
Cantidad	3 pzs.	3 pzs.	1 pz.	1 pzs.
Precio	\$60	\$50		\$15

**Disponibilidad y precios de Farmacias San Pablo, revisados en Marzo del 2018.*

Condón Femenino			
Marca	Female	FC2	Skyn
Modelo	Condón Femenino	Condón Femenino	Condón Femenino
Material	Látex	Látex	Poliisopreno
Cantidad	1 pza.	1 pza.	1 pza.
Precio	\$80	\$80	\$100

**Estos condones solo se pueden conseguir en condonerías*

Ventajas y retos del uso del condón

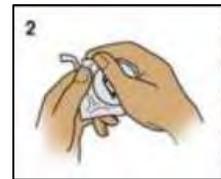
Algunas de las ventajas está en que su uso correcto reduce hasta un 99% el riesgo de contraer VIH/SIDA por la transferencia y paso de fluidos como la sangre, semen y algunas bacterias que provocan algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) (OPS, 2005^a; El Laboratorio Profeco, 2011). Algunos de los retos para que su uso sea consistente son:

- Subestimar el riesgo: no creer que están expuestos a contraer el VIH en sus relaciones o alguna ITS (OPS, 2005^a).
- Precio y acceso: El precio puede ser alto para algunas personas y el acceso en algunas regiones del país es difícil, sin embargo, existen lugares como Centros de Salud donde regalan condones para planificación y prevención de infecciones (OPS, 2005^a).
- Algunas personas no se sienten capacitadas para exigir el uso del condón (OPS, 2005^a).
- Las actitudes desfavorables: Como las religiosas y culturales (machismo) que pueden dificultar el uso del condón (OPS, 2005^a).
- El creer que utilizar condón no se siente igual (OPS, 2005^a; CENSIDA, 2010b).

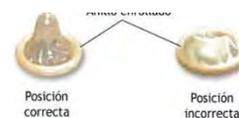
Uso correcto del Condón Masculino

Utiliza un condón nuevo para cada relación

- Revisa la envoltura del condón, si está roto o dañado mejor utiliza otro.
- El empaque debe de tener una burbuja de aire. Revisa fecha de caducidad, siempre resta dos años a la fecha de caducidad, si el condón sobrepasa esta fecha deséchalo.
- En el caso de que no tuviera fecha de caducidad, debe de tener fecha de elaboración a la cual tienes que aumentarle dos años.

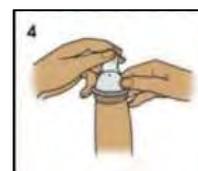
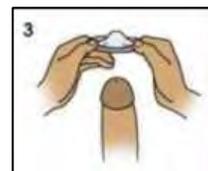


- Ábrelo cuidadosamente por el lado dentado (recorriendo el condón al lado contrario del lado por donde lo vas a abrir) no utilices las uñas, ni los dientes, ni tijeras, ya que pueden dañar el condón.



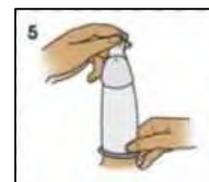
Antes de la relación sexual coloca el condón en la punta del pene

- El pene debe de estar completamente erecto.
- Antes de colocarlo, baja el prepucio descubriendo el glande.
- Si colocaste el condón al revés, deséchalo y utiliza otro.
- Coloca lubricante en el glande
- Coloca el condón en la punta del pene con el lado enrollado hacia fuera.



Desenrolle el condón de forma completa hasta la base del pene

- Con el dedo pulgar y el anular toma el receptáculo (la punta del condón) dale dos vueltas y sin soltarlo desenrolla el condón hasta la base del pene.
- Si el condón no se desenrolla con facilidad, posiblemente lo hayas puesto al revés, revisa si está dañado o demasiado viejo, tíralo a la basura y toma uno nuevo.



Para comenzar a penetrar

- Coloca los dedos índice y anular en la base del pene tomando el condón.
- Sin soltarlo, introduce el pene a la vagina, una vez que el pene está adentro de la vagina, quita los dedos para comenzar con tu relación sexual
-

Después de eyacular, sostén del borde del condón con papel higiénico y retira el condón mientras el pene está erecto.

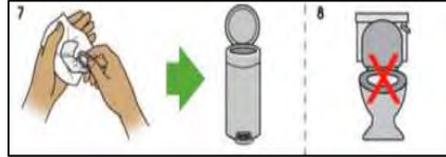
- Retira el pene erecto de la vagina y tomando el condón desde la base.



- Quita el condón (con ayuda de un poco de papel higiénico) deslizándolo, evitando que se derrame el semen.
- Desecha el condón envuelto en el papel higiénico

Elimine el condón.

- Al momento de retirar el condón deposítalo en el cesto de basura.
- No lo tires al inodoro, ya que lo puedes tapar.
- Si vuelves a tener sexo, utiliza un condón nuevo.

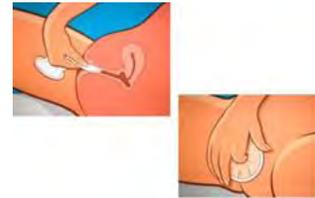


Uso Correcto del condón Femenino

- Revise el paquete del condón, si está dañado o roto, no lo utilices.
- De igual forma revisa la fecha de caducidad, no lo utilices si ya pasó de la fecha de caducidad.
- Identifica la flecha en el envoltorio, rasga en esta parte del empaque para que puedas sacar el condón.
- El condón está compuesto por dos aros, el aro interior y el aro exterior, sostenga el aro interior y forma un 8
- Colócate o coloca a tu pareja en una posición cómoda, puede subir alguna de sus piernas en la cama o en la silla (posición A), sentada y abriendo las piernas (posición B), estar en cuclillas abriendo un poco las piernas (posición C) o acostada y abriendo las piernas (posición D).
- Con una mano sostén el aro interno y con la otra mano separa los labios mayores (los labios externos) y ubica la abertura de la vagina.



- Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda.
- Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.
- Tú o tu pareja deben de guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón (y no entre el condón y la pared de la vagina).
- Al terminar la relación sexual, toma el aro exterior (con papel higiénico) y dale algunas vueltas, después, con cuidado jala el condón.
- Coloca el condón en su empaque o envuélvelo en papel higiénico y tíralo a la basura.
- Recuerda que es un condón por relación sexual.



Como se ha mencionado, el uso del condón es para evitar ITS, VIH/SIDA o hacer más placentera la relación sexual. Así mismo, existe una gran variedad de juguetes sexuales utilizados previamente a las relaciones sexuales para que las parejas tengan mayor estimulación. Estos se mencionan a continuación.



Juguetes sexuales

Un juguete sexual es un objeto que sirve para masturbarse o aumentar el placer del sexo en pareja o para auto complacerse. Algunos juguetes sexuales vienen utilizándose desde hace miles de años, como es el caso de los consoladores, también conocidos como dildos. Otros juguetes sexuales fueron diseñados para fortalecer la musculatura pélvica, ya que anteriormente para hacer esto, se utilizaba un huevo y la mujer lo introducía a la vagina y tenía que apretar este mismo, pero sin que se rompiera para fortalecer la musculatura pélvica, pero hoy en día hay diversos apartados que se utilizan para ello o para estimularse

a sí mismo o a la pareja. Algunos juguetes sexuales, son:

- Anillos vibradores
- Dildos (penes de plástico)
- Lubricantes comestibles
- Aceites para dar masajes
- Condones
- Condones para juegos sexuales previos
- Disfraces de enfermera, diablita, gatubela, entre otros.
- Ropa interior atractiva
- Vaginas de plástico
- Pastillas para sentir más rico
- látigos
- Antifaces
- Muñecas o muñecos inflables

Estos juguetes son vendidos en tiendas llamadas “Sex shops” en donde pueden encontrar diversos artículos para que las parejas sientan más rico durante las relaciones sexuales, así como también, pueden encontrar una gran variedad de condones como los que se explican al inicio de esta sesión y con ello se pueden hacer dos cosas. La primera que es la más importante, es para prevenir alguna infección de transmisión sexual y la segunda, que es tener una relación sexual más divertida, diferente y placentera, pero siempre siendo responsables.

Mis notas

¿Necesita más Información? Podrá consultar

Artículos

Campaña Sexo con seso. El preservativo. Recuperado de:

<http://www.leganes.org/dejovenes/pdf/02%20El%20preservativo.pdf>

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Condón femenino.

Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248507/1_Condon_Femenino_Ficha_Informativa.pdf

Corrales, A., Quijano, N. & Góngora, E. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22 (1), 58-65.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>

El condón Masculino. Recuperado de:

<http://www.planificanet.gob.mx/index.php/pdf/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/condon-masculino.pdf>

Escobar, M. (s.a). La comunicación en la relación de pareja. *Universidad de Ciencias Pedagógicas*. Recuperado de:

www.aecid.co.cu/download.asp?filetype=PUB&fileName=libro1_cap11.pdf

Instituto de España. Ahora yo también decido. Recuperado de:

http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/follet_o%20tecnico%20yo%20decido.pdf

ONUSIDA (2000). El preservativo masculino: actualización técnica. Recuperado de:

http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc302-tu18-malecondom_es.pdf

Ortega, J. (2012). El vínculo de pareja: una posibilidad afectiva para crecer. *Revista electrónica EDUCARE*, 16 (30), 42-58. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4780994.pdf>

Páginas de Internet oficiales

- PlanifocaNet <http://www.planificanet.gob.mx>
- CONAPO <http://www.conapo.gob.mx>
- Yo quiero, Yo puedo <https://yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Quiero Saber <http://www.quierosaber.org/>
- ¿Cómo le hago? <http://comolehago.org/>
- México vivo <http://mexicovivo.org>

01-800-62-464-64

Teléfono de Instituciones

Nombre	Teléfono	Horario de atención	Dirección
Planificatel	01-800-62-464-64	Lunes a Viernes 8 am – 6 pm Sábados y Domingos 8 am – 2 pm	José María Vértiz #852 Col. Narvarte
Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE)	56-58-66-84	Lunes a Viernes 9 am – 7pm	Apartado postal #21 Col. Coyoacán
Salud Integral para la Mujer	56-74-94-17	Lunes a Viernes 10 am – 6 pm	Vistahermosa #89 Col. Portales Sur
Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP)	56-58-66-45		Magdalena Norte #25 Col. Insurgentes Mixcoac
Yo quiero, Yo puedo	5611 5876	Lunes a Viernes 8: 30 am – 5 pm	Málaga #25 Col. Insurgentes Mixcoac

**Datos actualizados en Marzo del 2018*

Instituciones Públicas

- Centro de atención al Adulto Mayor (IAAM) (5208 3583)
- Instituto Nacional para las personas Adultas Mayores (INAPAM) (5208 3583)
- Clínicas familiares

Libros de Texto

Libros de venta en librerías Gandhi			
Título	Autor	Precio	Sinopsis
<i>“El sexo en la pareja ¿Une o desune? 2016</i>	José María Contreras	\$150	La sexualidad mal entendida está haciendo fracasar muchos matrimonios: cuando la pareja se trata a sí misma como una cosa, la relación inexorablemente termina por romperse. El propósito de este libro es hacer pensar. El objetivo real de estas páginas es que ames más a quien debes amar, porque quizá sea esta la única forma que tengamos de alcanzar la felicidad en nuestras relaciones de pareja. Ojalá las reflexiones recogidas en este título ayuden a lograrlo.
<i>“52 maneras de tener relaciones sexuales divertidas” 2011</i>	Joyce J. Penner	\$127	¡Encienda la pasión en su matrimonio! Como matrimonios, todos deseamos pasión en nuestras relaciones, pero con el apremio de la profesión, los niños y los compromisos diarios, ¿quién tiene el tiempo o la energía para alcanzarlo?
<i>“Entre sábanas: consejos para mejorar tus relaciones sexuales” 2013</i>	Miguel Sira	\$187	Está destinado tanto a aquellas personas que ya viven una vida sexual activa con su pareja como a aquellas otras personas que mantienen relaciones sexuales ocasionales y quieren saber más sobre cómo estimular a su pareja, la manera más sensual de besar o cómo acceder a los puntos del placer. El contenido de este libro revela su vocación para servir a aquellas voces que precisan orientación en el tema de la salud sexual, requisito fundamental para mejorar la calidad

			de vida.
“Métodos de comunicación asertiva” 2013	Noel Ocampo Ramírez	\$280	Los autores proponen al lector la realización de ejercicios verbales- asertivos y motivacionales, que le permitirán desarrollar su capacidad de entablar relaciones interpersonales.
“Apuntes para una comunicación humana” 2011	Roben Castro Toschi	\$250	Con esta obra, creemos aportar algo que nos permita valorar el poder de la comunicación humana en cuanto a una autoestima saludable y, sobre todo, el impacto de la misma sobre el desarrollo de la persona. Este compromiso es lo que sustenta el cambio, es lo que nos hace permanecer cultivando la comunicación cuando el camino se hace difícil.

**Precios actualizados en Marzo del 2018*

Directorio de librerías Gandhi

Teléfono de oficinas generales 26-26-06-06

Sucursal	Dirección	Horario
Bellas Artes	Av. Juárez #4, Centro, C.P. 06050. Centro.	Lunes a Sábado de 10:00 a 21:00 Domingo de 11:00 a 21:00
Rosario	El Rosario 1025, Centro Comercial Town Center. #Local X-5, Azcapotzalco, C.P. 02430. Azcapotzalco.	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00
Satélite	Circuito Médicos #5, Ciudad Satélite, C.P. 53100, Ciudad Satélite.	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00

**Librerías cercanas al Municipio de Tlalnepantla*

Sesión 5: “De paseo”

¿Qué vamos a ver?

- Conocer una Sex shop

Resumen

Se realizará una visita a una Sex shop con el objetivo de que ustedes puedan conocer los diversos artículos que venden y su uso de cada uno de ellos. Así como también pueden realizar compras si es de su agrado.

¿Qué hay en un Sex shop?

En la Sex shop, podrá encontrar una diversidad de juguetes sexuales, como dildos, anillos vibradores, lubricantes, aceites para masajes, simulaciones de vaginas y penes, por mencionar algunos. Además, se pueden encontrar con una gran variedad de condones que tal vez muchas de las veces no están disponibles en algunas farmacias o tiendas de autoservicio porque no suelen ser muy comerciales o la gente no los conoce.



Dentro de estas tiendas, se encuentra una persona que atiende este lugar, ya sea él o ella, puede decir la funcionalidad de cada objeto que se encuentra a la venta y algunas veces tiene algunas muestras. Esta visita que se realizarse, es para conocer un poco más de lo que pueden hacer con las parejas en sus relaciones sexuales, ya sea para que a su pareja le den más ganas de tener relaciones sexuales, sientan más rico o su relación sea duradera.

Es importante mencionarles que este es el momento para que ustedes puedan preguntar cualquier duda que tengan relacionado a lo que se vende en el lugar, que no les de pena, recuerden que nunca es bueno quedarse con la duda, deben de expresar aquello que sienten y piensa acerca de las situaciones, que en este caso es la tienda de sex shop.

Si usted no quiere ir a la sex shop, no quiere entrar o se quiere salir, se va a respetar su decisión y no se le obligará a nada, esta visita se planeó para que ustedes puedan conocer qué es una sex shop y qué se vende y que ustedes elijan lo que sea necesario para ejercer su sexualidad de manera plena, segura y divertida.

¿Quiere conocer otras sex shop? Visite algunas de ellas.....

Nombre	Ubicación	Horarios
El aguijón	Vía Gustavo Baz #106. C.P 53310, Naucalpan de Juárez.	Lunes a Sábado 12:00 pm a 20:30
Erotika	Lázaro Cárdenas #119. C.P 06000, Ciudad de México.	Lunes a Sábado 12:00 pm a 20:30
Diversex	Regina #72 C.P 06090 Centro, Ciudad de México.	Lunes a Sábado 11:00 am a 21:00 Domingo 12:00 pm a 20:00
Boutique Sensual	Excelsior #59 C.P 07800, Gustavo A. Madero.	Lunes a Jueves 8:00 am a 20:30 Viernes y Sábado 8:00 am a 21:00 Domingo 11:00 am a 16:00

Sesión 6: “El diagnóstico solo es una palabra”

¿Qué vamos a ver?

- **Problemas de salud que afectan la sexualidad de los adultos mayores**

Resumen

Hoy en día, se ha visto que la mayoría de las personas presentan alguna enfermedad crónica degenerativa. Sin embargo, la población que más se ve afectada, son los adultos mayores. Las enfermedades crónicas degenerativas afectan las relaciones sexuales de los adultos mayores, por ello resulta importante conocer algunas de ellas. Por otra parte, si aún no presentan alguna enfermedad crónica degenerativa, es importante que se realicen chequeos constantes para prevenir alguna de estas.

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, 2018). Las enfermedades crónicas con frecuencia están asociadas



con disfunciones sexuales. En estas alteraciones de la sexualidad influyen en su desarrollo factores tanto físicos, como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad (cáncer, diabetes, etc.) y las terapias empleadas ya sean quirúrgicas (mastectomía, orquiectomía, etc.) o médicas (citostáticos, antihipertensivos, etc.). Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de depresión asociada a la propia enfermedad (Álvaro, 2007).

La sexualidad en las enfermedades crónicas

Prieto (2006) enlista algunas enfermedades crónicas que afectan directamente a la sexualidad de los adultos mayores. Estas se desglosan a continuación:



- *Artritis*

El dolor que la artritis puede llegar a provocar, en algunos casos, afectar a la capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales. Estos molestos dolores pueden remediarse con la medicación adecuada, mediante ejercicio, descanso, baños calientes o cambiando la posición con la que habitualmente se practica sexo.

- *Dolor crónico*

El dolor, sea debido a los huesos, músculos, mala circulación, se puede prolongar durante meses o remitir y volver a aparecer. Esta situación desagradable puede conllevar problemas de sueño, depresión, aislamiento y dificultades de movilidad, por lo que también puede afectar a la actividad sexual. El dolor crónico puede ser tratado y no forma parte necesariamente del envejecimiento.



- *Diabetes*

Es una de las pocas enfermedades que en algunas ocasiones puede causar impotencia sexual y los hombres suelen anticipar lo que les puede ocurrir, con lo cual se angustian innecesariamente.

- *Enfermedades cardiovasculares*



En este tipo de enfermedades se presenta una disfunción sexual por irrigación insuficiente de la región genital debido a una lesión en las arterias. La disfunción del pene y la atrofia vaginal se presentan asociadas a la falta de irrigación suficiente de sangre.

- *Incontinencia*



La pérdida de control de la orina es más habitual a medida que uno envejece, sobre todo en el caso de las mujeres. Este hecho conduce a muchas personas a abstenerse de mantener sexo por miedo a tener alguna pérdida de orín durante el acto. Esto, además de ser tratado, se puede prevenir antes de su aparición, por lo que no ha de afectar a la calidad de

las relaciones sexuales.

- *Eventos Cerebro vasculares*

Se disminuye la capacidad de tener una erección o llegar al orgasmo, sino que representa, dependiendo del compromiso motor, dificultades prácticas a la hora de la relación sexual y además se asocia con una disminución de la sensación placentera y problemas de comunicación.

- *Ingesta de medicamentos*

Algunas medicinas como son varios antidepresivos, antihistamínicos, tranquilizantes, supresores del apetito, etc., pueden ocasionar problemas sexuales. Los efectos de los mismos varían desde la impotencia o dificultad de eyaculación en el hombre, hasta la disminución del deseo sexual en la mujer. A pesar de ello, se puede consultar con el médico que nos puede recomendar otros fármacos que sean igual de eficaces y no produzcan estos efectos indeseados.



Como ya se ha revisado, el presentar alguna enfermedad crónica degenerativa puede afectar la intimidad de las personas. Pero a pesar de ello, se puede asistir con un especialista de la salud que pueda dar solución o alternativas a estas problemáticas y con ello, continuar disfrutando de una vida sexual placentera y si aún no presentan alguna de estas enfermedades, es importante que se realicen chequeos constantes y poder evitar este tipo de enfermedades.

¿Necesita más Información? Podrá consultar

Artículos

Herrero, R. (2002). Un paciente con disfunción sexual. *Medicina Integral*, 39 (2), 56-62.
Recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13026681-S300

Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f). *Guía de Adultos Mayores y Promoción*.
Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf

Kingsber, S. y Woodard, t. (2015). Disfunción sexual femenina. *Obstetrics y Gynecology*, s.v (125), 477-486. Recuperado de: https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Feb2015_Translation_Kingsberg.pdf

Organización Panamericana de la Salud & Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Guía Regional para la Promoción de la Actividad Física*.
Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf>

Quevedo, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Cultural del Cuidado*, 10 (2), 70-79. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>

Quintana, Y. y Gey-Contreras, J. (2012). La sexualidad en el adulto mayor. *Edusol*, 13 (42), 93-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475748681010>

Ramírez, J. (2013). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor desde una perspectiva investigativa integradora. *Hallazgos*, 10 (20), 109-122.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835218007>

Sell, J. y Padrón, R. (2001). Disfunción eréctil. *Revista Cubana de Endocrinología*, 12 (2), 115-123. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol12_2_01/end07201.pdf

Zárate, A., Saucedo, R., Basurto, L. & Hernández, M. (2006). Principales problemas de salud en la mujer adulta. Un comentario sobre la manera de Identificarlos. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 4 (1), 57-60. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2006/am061j.pdf>

Páginas de Internet Oficiales

- IMSS Cáncer de Mama <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>
- Asociación Española Contra el Cáncer <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
- Instituto Nacional del Cáncer <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata>
- Cáncer. Net <https://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/gu%C3%ADas-para-pacientes>
- Médica Sur <http://www.medicasur.com.mx/es/ms/check-up>
- Guías de Salud IMSS <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>
- Enciclopedia de la Salud <http://www.encyclopediasalud.com/>

Teléfonos de Instituciones

Nombre	Teléfono	Horario de atención	Dirección
Star Médica	01-800-999-87-43	Las 24 hrs del día	Buscar la sucursal más cercana a su domicilio
Laboratorios el Chopo	01-800-00- 24-676	Lunes a Viernes 6 am – 2:30 pm, Sábado 7 am – 2:30	Buscar la sucursal más cercana a su domicilio
Laboratorios clínicos Azteca	58-58-09-00	Lunes a Sábado 7 am – 2 pm	Buscar la sucursal más cercana a su domicilio
Laboratorio Médico	58-80-19-10	Lunes a Sábado 7 am – 2	Buscar la sucursal más

Polanco		pm	cercana a su domicilio
Laboratorios Médicos OLAB	47-47-81-00	Lunes a Viernes 7 am – 3 pm Sábados 7 am – 2 pm	Buscar la sucursal más cercana a su domicilio
Clínicas de la CDMX	51-32-09-09	Depende del servicio que se requiera	Buscar la sucursal más cercana a su domicilio

**Datos actualizados en Marzo del 2018*

Instituciones Públicas

- Instituto Nacional de Geriátría (Anillo Periférico #2767 Col. San Lorenzo Lidice) (01-55-55-73-86-01)
- Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) (01-55-53-28-50-00)
- Cáritas (01-55-41-67-19-10)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (01-800-623-23-23)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSTE) (01-55-57-54-12-27)

Libros de texto

Libros de venta en librerías Gandhi			
Título	Autor	Precio	Sinopsis
<i>“Cuaderno para vivir la menopausia cómodamente”</i>	Teresa Corroto	\$195	Es básico conocer este proceso de cambio en la vida de la mujer, tener información acerca de él y encararlo con optimismo y conocimiento. Así, de una forma fácil y cercana, la autora te ofrece información, reflexiones, soluciones variadas y alternativas que te ayudarán a recuperar o mantener el equilibrio perdido.
<i>“Menopausia y remedios naturales”</i>	Silvia Rollone	\$201	Menopausia y remedios naturales es una guía clara y eficaz acerca de los mejores instrumentos, remedios y recursos naturales para ayudar a la mujer a prepararse para este delicado periodo y afrontarlo satisfactoriamente.
<i>“Menopausia y Andropausia”.</i>	Mariano Barragán	\$280	Sin datos
<i>“Comprender el cáncer de mama”</i>	Javier Cortes	\$107	Este libro pretende dar una explicación de lo que es el cáncer de mama, así como también comprender este nuevo cambio.

“Cáncer de próstata”	Javier Vergara	\$100	20 respuestas para cáncer de próstata explican detalladamente las dudas más comunes al respecto. ¿Qué es el cáncer de próstata? ¿Cuál es la diferencia entre cáncer de próstata, hiperplasia y prostatitis? ¿Cuáles son los distintos tipos de tratamiento?
“Tengo cáncer ¿Y ahora qué?”	Humberto Bautista	\$150	El doctor Humberto Bautista González, psicólogo clínico y oncólogo, responde con gran precisión y sensibilidad las grandes dudas en torno a este padecimiento y brinda al paciente, así como a sus familiares más cercanos, consejos valiosos para afrontar con entereza este difícil proceso.
“Las emociones y el cáncer. Mitos y realidades”	Gina Tarditi	\$245	Gina Tarditi, especialista del instituto nacional de cancerología y consejera de la asociación mexicana de lucha contra el cáncer, denuncia en este libro la idea errónea propagada por numerosos autores de libros de autoayuda, sanadores y médicos alternativos, de que la ira, el resentimiento y la frustración provocan el cáncer o aceleran su desarrollo. También cuestiona afirmaciones como las que sostienen que el pensamiento positivo, por sí solo, tiene el poder de prevenir e incluso curar la temida enfermedad.

**Precios actualizados en Marzo del 2018*

Directorio de librerías Gandhi

Teléfono de oficinas generales 26-26-06-06

Sucursal	Dirección	Horario
Bellas Artes	Av. Juárez #4, Centro, C.P. 06050. Centro.	Lunes a Sábado de 10:00 a 21:00 Domingo de 11:00 a 21:00
Rosario	El Rosario 1025, Centro Comercial Town Center. #Local X-5, Azcapotzalco, C.P. 02430. Azcapotzalco.	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00
Satélite	Circuito Médicos #5, Ciudad Satélite, C.P. 53100, Ciudad Satélite.	Lunes a Domingo 10:00 a 21:00

**Librerías cercanas al Municipio de Tlalnepantla*

Sesión 7: “Hasta pronto”

¿Qué vamos a ver?

- **Cierre del taller**
- **Post- evaluación**

Resumen

Esta es la última sesión que conforma al taller. Este será el momento adecuado para que cada uno de ustedes puedan expresar lo que les pareció el taller, qué les gusto, si cambiarían algo, algún tema que les gustaría agregar u algún otro comentario que les gustaría decir. Finalmente, se aplicarán tres pequeños cuestionarios (los mimos que se aplicaron al inicio) con el objetivo de conocer si el taller fue efectivo. Con esta última actividad terminara el taller “*Con amor hasta el final.*”

REFERENCIAS

- Álvaro, A. (2007). Sexualidad y enfermedades crónicas. *Revista Internacional de Andrología*, 5 (1), 22-28. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X0774030X>
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE*. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/S01121061_es.pdf;jsessionid=111EF77783713EDFA7323731C79BCF20?sequence=1
- Bianco, F., Pazmiño, E., Guevara, S., Restrepo, H., Ortiz, M. y Rivero, J. (2013). Sexo, género y ciudadanía. *Comunidad y Salud*, 11 (1), 1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740252002>
- Bohórquez, J. (2008). Sexualidad y senectud. *Hacia la promoción de la salud*, 13 s.n, 13-24. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a01.pdf>
- Canto, H. y Castro, K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2) , 257-270. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>
- Castanedo, C. y Sarabia, C. (s.a). Cambios Psicológicos, sociales y familiares asociados al envejecimiento. *Universidad de Cantabria*. Recuperado de: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010a). Preguntas frecuentes. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/preguntas.html>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010b). Preguntas frecuentes. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010c). Preguntas frecuentes. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Durex. (s.a.a). La historia del sexo. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/AboutDurex/The%20History%20of%20Sex/pages/HistoryOfSex.aspx>

Durex. (s.a.b). Hagamos un condón. Recuperado de <http://www.durex.com/esLAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Letsmakeacondom.aspx>

El Laboratorio Profeco. (2004). Condones. Revista del Consumidor. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_04/condon04.pdf

El Laboratorio Profeco. (2011). Estudio de calidad: condones. El producto vital a prueba. Revista del Consumidor. Recuperado de <http://revistadelconsumidor.gob.mx/wpcontent/uploads/2011/03/condonesOK.pdf>

Erikson, E. (1981). *La adultez*. México: Fondo de Cultura Económica.

González, R., Núñez, L., Hernández, O. y Betancourt, M. (2005). Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. *Archivo Médico de Camagüey*, 9 (4), 2-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117887007.pdf>

- INEGI. (2000). Censo Nacional de Población y Vivienda. México
- InfoRed SIDA (2011). Guías Para Tener Relaciones Sexuales Más Seguras. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa
- Leyva, J. (2008). La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. *Index Enfermería*, 17 (2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010
- López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Salamanca: Ediciones Pirámide.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Salud Publica Educ Salud* 3 (1), 28-33. Recuperado de: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
- Maureira, F. (2009). Amor y adicción: comparación de las características neurales y conductuales. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4, (2), 84-90. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179314913002.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Enfermedades crónicas. Recuperado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). Características generales. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). El condón masculino. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). El condón masculino. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>
- Orihuela, J., Gómez, M. y Fumero, M. (2001). Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida. *Revista Cubana de medicina General Integral*, 17 (6), 545-547. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600006

- Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 25-31. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>
- Prieto, S. (2006). La sexualidad de las persona mayores. *Informes Portal Mayores*, s. v (57), 1-14. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf>
- Prudence. (s.f.). Productos. Recuperado de: <http://www.prudence.com.mx/productos.html>
- Rodríguez, M., Frías, I. y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña, y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.
- Sico. (s.f.a). Historia del condón. Recuperado de <http://anllie.com/cv/planet/sico/historia.htm>
- Sico. (s.a.a). Historia del condón. Recuperado de: <http://anline.com/cv/planet/sico/historia.htm>
- Sico. (s.f.b). Productos. Recuperado de <http://www.sico.com.mx>
- Suárez, E., Quiñones, C. y Zalazar, Y. (2009). El erotismo en la tercera edad. *Revista Cubana de medicina General Integral*, 25 (2), 1-8. Recuperado de: <http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/SitioSexualidad/historias/libreropaola/respuestassexual.pdf>
- Velázquez, s. (s.a). Sexualidad responsable. Programa Institucional. Actividades de educación para una vida saludable. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf

Villegas, K. y Montoya, B. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de población*, 20 (79), 133-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11230198006.pdf>

Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento Papeles de Población. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 5 (19), 23-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>

