

El deseo sexual en varones adultos mayores, su relación con la testosterona sérica y otros factores

Sexual desire in older men and its association with serum testosterone and other factors

Gilda Monteagudo Peña, Yosvany López Rodríguez, Loraine Ledón Llanes, Manuel Gómez Alzugaray, Gisel Ovies Carballo, Eduardo Álvarez Seijas, Erick Robles Torres

Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el deseo sexual cambia con el envejecimiento, la verdadera magnitud de estos cambios y los factores que los condicionan son aún objeto de debate.

Objetivo: describir las características del deseo sexual en varones adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución y su asociación con la testosterona sérica y otras variables.

Métodos: estudio transversal descriptivo, con base poblacional. Participaron 510 varones de 60 años y más, sin limitaciones físicas o cognitivas, ni condiciones que causan hipogonadismo, seleccionados mediante muestreo estratificado polietápico complejo entre los residentes del municipio Plaza de la Revolución, en La Habana. Contestaron cuestionario anónimo autoadministrado, se recogieron datos del interrogatorio y examen físico, y se determinó testosterona sérica total. Se evaluaron aspectos del deseo sexual y factores con posible influencia sobre este; se analizaron estadísticas descriptivas y pruebas de chi cuadrado, Kruskal Wallis y regresión logística múltiple. Se cuidaron aspectos éticos.

Resultados: la edad de los participantes fue entre 60 y 93 años (mediana 70). El 82,41 % refirió cambios en su deseo sexual en relación con edades previas; de estos, 79,16 % señaló disminución, 11,66 % pérdida y 9,18 % aumento. El 55,02 % dijo tener nivel de deseo sexual medio, 44,53 % lo experimentaban a menudo, y 4,25 % nunca. El 71,22 % refirió estar satisfechos o medianamente

satisfechos con su deseo sexual. No se observó relación entre la testosterona sérica y los cambios en el deseo sexual, nivel o frecuencia actual ($p > 0,05$). La disminución del deseo sexual mostró asociación positiva significativa con la edad mayor a 80 años, disminución de la sensación de bienestar y consumo de medicamentos; y asociación negativa, con la actitud hacia la sexualidad ($p < 0,05$). La escolaridad, la ocupación, las creencias religiosas, el estado civil, el tiempo de relación de pareja, las enfermedades crónicas, los hábitos tóxicos, los ejercicios físicos, la socialización, el estado psicológico, la educación sexual, la importancia que le conceden a la sexualidad, o tener privacidad, no se relacionaron significativamente con la disminución del deseo sexual.

Conclusiones: el deseo sexual cambia con la edad, predominantemente en sentido de disminución, pero la mayoría de los sujetos se sienten satisfechos o medianamente satisfechos, lo experimentan a menudo y en un nivel medio. La disminución del deseo sexual en los sujetos estudiados no depende de la testosterona sérica, y sí de otros factores biológicos, psicológicos y sociales.

Palabras clave: sexualidad; deseo sexual; andropausia; hipogonadismo de inicio tardío; adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: sexual desire decreases with aging but the real scope of these changes and the factors unleashing them are still a topic under debate.

Objective: to describe the characteristics of the sexual desire in older men from Plaza de la Revolution municipality and their association with serum testosterone and other variables.

Methods: population-based descriptive and cross-sectional study which involved 510 men aged 60 years and older, who did not present either physical/cognitive handicaps or conditions leading to hipogonadism. They had been selected from the residents of Plaza de la Revolution municipality in Havana through a complex multistage stratified sampling. They answered a self-administered anonymous questionnaire; their questioning and physical exam data were then collected and the total serum testosterone was determined. Several sexual desire aspects together with the possible influential factors were evaluated; the summary statistics in addition to Chi-square, Kruskal-Wallis's and multiple logistic regression tests were all analyzed. Moreover, ethical aspects were respected.

Results: the age of the participants ranged 60 to 93 years (median of 70). In this group, 82.41 % pointed out that their sexual desire had changed in comparison with earlier ages and from this percentage, 79.16 % said their desire decreased, 11.66 % stated it had disappeared whereas in 9.18 % it had increased. The answers showed that the degree of sexual desire was medium in 55.02 % of participants, 44.53 % often felt it whereas 4.25 % never had it. In the study group, 71.22 % were satisfied or fairly satisfied with their degree of sexual desire. There was no association between the serum testosterone and the changes in the current degree and frequency of sexual desire ($p > 0.05$). The decrease in sexual desire showed significant positive association with the age older than 80 years, less sensation of wellbeing and lower consumption of drugs; however, it was negatively associated to the attitude towards sexuality ($p < 0.05$). Schooling, occupation, religious beliefs, marital status, length of time of a couple relationship, chronic diseases, toxic habits, physical exercising, socialization, psychological condition, sexual education, importance attached to sexuality or to privacy were not significantly associated with decrease of sexual desire.

Conclusions: sexual desire changes with the age, particularly towards decrease, but the majority of older men are satisfied or fairly satisfied with it; they often feel it with medium degree. The decreased sexual desire in the studied subjects does not depend on the serum testosterone but it does on other biological, psychological and social factors.

Keywords: sexuality; sexual desire; andropause; late-onset hipogonadism; older adult.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad del varón envejecido ha devenido tema de interés y debate actual. En el proceso de envejecimiento ocurre una transición en la vida sexual y reproductiva que no siempre es bien entendida. Se han identificado cambios "normales" en la respuesta sexual, entre ellos, la disminución del deseo sexual (DS), que comúnmente se atribuyen a la declinación hormonal testicular. Sin embargo, se conoce que la disminución o pérdida del DS en el envejecimiento, está influido muchas veces de forma determinante, por factores como la edad en sí misma, el estado físico y psicológico, las enfermedades crónicas y su tratamiento, las creencias sobre la sexualidad en la vejez, la actitud y la disposición psicológica hacia esta, las relaciones de pareja y muchos más.¹⁻⁷

La sexualidad es un aspecto de la vida de los seres humanos que ha cobrado especial relevancia, vinculado, sobre todo, al cambio en las concepciones sobre lo que representa para la calidad de vida subjetiva de las personas. Los resultados de investigaciones sobre los cambios del DS en personas mayores no son uniformes. Las que se refieren al declinar de los niveles de testosterona, reportan la disminución del deseo sexual como una forma de expresión temprana del hipogonadismo de comienzo tardío y uno de sus síntomas más frecuentes;⁸⁻¹³ mientras que, estudios con metodología cualitativa, señalan que el deseo no cambia, que lo que cambia es la capacidad para satisfacerlo.^{14,15}

Aunque cada día aparece un número creciente de publicaciones que tratan el tema de la sexualidad en la tercera edad, pocas se refieren de manera específica a las características del DS. Las que lo hacen casi siempre lo exploran basado en lo patológico, y son escasos los estudios nacionales sobre el declinar de las hormonas sexuales en el envejecimiento masculino.¹⁶⁻¹⁸ Este estudio tuvo como objetivo describir las características del DS en varones adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución, y su posible asociación con la testosterona sérica y otras variables biológicas, psicológicas y sociales.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con base poblacional. Participaron 510 varones de 60 años y más, seleccionados mediante muestreo estratificado polietápico complejo, entre los residentes del municipio Plaza de la Revolución, en

La Habana. Se estableció como criterio de inclusión que no tuvieran limitaciones físicas o cognitivas, ni diagnóstico de hipogonadismo, enfermedad hipofisaria, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing o cáncer de próstata, y que no estuvieran recibiendo tratamiento con hormonas sexuales o sus análogos, u otros medicamentos que suprimen la función testicular.

Contestaron un cuestionario anónimo y autoadministrado, confeccionado para la investigación, y validado en un estudio piloto previo, que exploraba aspectos sobre el DS (cambios experimentados, nivel y frecuencia actual), y variables con posible influencia en este (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, enfermedades, consumo de medicamentos, hábitos tóxicos y de salud, privacidad para las prácticas sexuales, si habían recibido educación sexual, actitud hacia la sexualidad e importancia que le confieren). En una planilla adicional se recogieron datos del interrogatorio, examen físico general y genital, sugestivos de deficiencia de testosterona, y el valor de testosterona sérica total determinada por radioinmunoanálisis (RIA). Se solicitó consentimiento informado, y se cuidaron otros aspectos éticos como: anonimato, confidencialidad y compromiso de atención médica cuando se detectaron alteraciones.

Se calcularon estadísticas descriptivas, se hicieron análisis bivariados mediante prueba de chi cuadrado y Kruskal Wallis (porque la testosterona no tuvo una distribución normal); y multivariado, mediante regresión logística múltiple. Debido a que algunas preguntas del cuestionario sobre sexualidad no las respondieron la totalidad de los participantes (explicable por la edad de los sujetos, y lo engorroso que resultó el tema para algunos), para las variables que tenían datos faltantes, las proporciones se calcularon considerando como total al número de los que aportaron información en ese aspecto específico, y se muestran las diferentes "n" en cada variable.

Para algunos análisis se juntaron categorías de la variable tipo de cambio en el DS, y se consideró la variable disminución del DS (sí/no), para dar más claridad al efecto, facilitar los análisis y disminuir el número de celdas con un número de sujetos menor que cinco. Para el análisis multivariado se evaluaron diferentes modelos y se seleccionó el que, a juicio de los autores, era el más explicativo. El diagnóstico del modelo se realizó con base en la χ^2 y la prueba del cociente de verosimilitud.

RESULTADOS

Los sujetos estudiados tenían edad entre 60 y 93 años (88,60 % entre 60 y 79) y la mediana fue 70 años. El 87,06 % era de nivel secundario o superior; 58,27 % mantenía vínculo laboral, y predominaron los que tenían pareja estable (68,25 %), los que señalaron padecer alguna enfermedad (73,73 %), tener condiciones de privacidad para sus prácticas sexuales (86,31 %) y no profesar ninguna religión (74,28 %). El 74,26 % tomaba medicamentos de forma regular, 63,39 % consideró su estado psicológico como bueno, y el 55 % no habían recibido educación sexual. La mayoría declaró que consideran la sexualidad como importante o muy importante (86,93 %).

En cuanto al DS, 82,41 % de los sujetos que respondieron esa pregunta, contestaron que había cambiado. De ellos, 79,16 % señaló disminución y 11,66 % pérdida, pero 9,18 % consideró que había aumentado. Sobre el nivel actual de deseo, poco más de la mitad de los sujetos (55,02 %) contestaron que lo experimentaban en un nivel medio, aproximadamente un cuarto (25,56 %) dijeron que era bajo, muy bajo o nulo, y una proporción menor refirió que era alto o muy alto. Sobre la frecuencia actual del deseo sexual lo más común fue que respondieran a menudo (44,53 %), solo 21 sujetos (4,25 %) señalaron que nunca tenían deseo sexual (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los sujetos según características del deseo sexual

	Frecuencia	%
¿Cambió en relación con edades previas? (n= 489)		
Sí	403	82,41
No	86	17,59
Tipo de cambio (n= 403)		
Disminución del deseo sexual	319	79,16
Pérdida del deseo sexual	47	11,66
Aumento del deseo sexual	37	9,18
Nivel actual de deseo sexual (n= 489)		
Muy alto	14	2,86
Alto	81	16,56
Medio	269	55,02
Bajo	84	17,18
Muy bajo o nulo	41	8,38
Frecuencia actual del deseo sexual (n= 494)		
Siempre	56	11,34
A menudo	220	44,53
Ocasionalmente	140	28,34
Raras veces	57	11,54
Nunca	21	4,25

El número de los sujetos que reconocieron satisfacción con su DS actual fue predominante. La suma de los que respondieron que se consideran muy satisfechos, satisfechos o medianamente satisfechos, sobrepasó las tres cuartas partes de los participantes. La proporción de insatisfechos, o muy insatisfechos, fue mucho menor (21,74 %) (tabla 2).

Tabla 2. Grado de satisfacción de los sujetos con su deseo sexual actual

Grado de satisfacción	Frecuencia	%
Muy satisfecho	34	7,04
Satisfecho	183	37,89
Medianamente satisfecho	161	33,33
Insatisfecho	75	15,53
Muy insatisfecho	30	6,21
Total	483	100,0

No se observó relación significativa entre las concentraciones de testosterona y las características del DS. La mediana de la hormona por categorías del cambio (aumento, disminución o ausencia) no fue estadísticamente diferente, ni tampoco entre los que consideraron que su nivel de deseo era más o menos alto, o lo experimentaban con mayor o menor frecuencia ($p > 0,05$). El valor de la mediana fue ligeramente superior (14,40 nmol/L) para los que señalaron un nivel de deseo muy alto, y menor para los que refirieron nivel muy bajo o nulo, o que no experimentan deseo nunca, pero no resultó estadísticamente diferente (tabla 3). Tampoco se demostró asociación significativa cuando se compararon las distribuciones de frecuencias según las categorías de la testosterona (normal o disminuida), y el tipo de cambio ($p = 0,647$), nivel actual ($p = 0,969$) o frecuencia actual del DS ($p = 0,791$) (prueba chi cuadrado).

Cuando se analizó variable a variable los factores que en teoría podrían tener una influencia en la disminución del DS, este se asoció positivamente con la edad, padecer enfermedades (especialmente hipertensión arterial), consumir de medicamentos, la tristeza, la pérdida de autoestima y del sentido de bienestar ($p < 0,01$); y negativamente, con el buen estado psicológico, la buena actitud hacia la sexualidad en la vejez ($p < 0,01$) y darle importancia a la sexualidad ($p < 0,05$) (tabla 4). No se demostró asociación significativa con: la presencia de pareja y el tiempo de la relación, el estado civil, la escolaridad, la ocupación, las creencias religiosas, padecer diabetes mellitas (DM), el consumo de tabaco o alcohol, las condiciones de privacidad, la práctica de ejercicios físicos, la participación en actividades de socialización o haber recibido educación sexual ($p > 0,05$).

Tabla 3. Relación entre las concentraciones séricas de testosterona y el deseo sexual

Variables	Testosterona sérica (nmol/L)		Valor p *
	Mediana	Rango	
Cambio en el deseo sexual			
Aumento	12,4	0,79 - 21,9	0,542
Disminución	12,8	0,01 - 44,2	
Pérdida	12,2	2,49 - 36,4	
Nivel actual de deseo sexual			
Muy alto	14,40	1,02 - 26,3	0,446
Alto	12,65	0,79 - 35,9	
Medio	12,88	0,01 - 44,2	
Bajo	12,40	0,45 - 38,8	
Muy bajo o nulo	12,05	4,9 - 36,4	
Frecuencia actual del deseo sexual			
Siempre	13,25	0,79 - 35,9	0,945
A menudo	13,97	1,49 - 38,8	
Ocasionalmente	13,00	0,01 - 44,2	
Raras veces	13,54	0,45 - 54,8	
Nunca	12,10	4,08 - 19,7	

* Prueba de Kruskal Wallis.

Según el modelo multivariado ajustado para la variable disminución del DS, las características que mantuvieron un efecto positivo significativo ($p < 0,05$) fueron: tener más de 80 años de edad, disminución de la sensación de bienestar y el consumo de medicamentos. La actitud hacia la sexualidad en la vejez mantuvo asociación negativa y significativa ($p < 0,05$). La disminución de testosterona no mostró efecto significativo sobre esta variable (tabla 5).

Tabla 4. Disminución del deseo sexual (sí/no) y su relación con factores biopsicosociales que resultaron significativos en el análisis bivariado

Variables	Disminuyó el deseo sexual		Valor p*
	No	Sí	
	Frec (%)	Frec (%)	
Grupos etarios			
60-69 años	104 (54,5)	87 (45,5)	0,007
70-79 años	76 (45,5)	91 (54,5)	
80 años y más	12 (28,6)	30 (71,4)	
Antecedentes patológicos personales			
Sí	134 (44,4)	168 (55,6)	0,011
No	58 (59,2)	40 (40,8)	
Hipertensión arterial			
Sí	82 (41,4)	116 (58,6)	0,009
No	110 (54,5)	92 (45,5)	
Consumo de medicamentos			
Sí	117 (42,4)	159 (57,6)	0,001
No	75 (60,5)	49 (39,5)	
Autovaloración del estado psicológico			
Bueno	134 (53,4)	117 (46,6)	0,003
Regular o malo	56 (38,1)	91 (61,9)	
Importancia que le conceden a la sexualidad			
Importante	170 (50,4)	167 (49,6)	0,024
Poco o nada importante	22 (34,9)	41 (65,1)	
Actitud hacia la sexualidad en la vejez			
Muy positiva	64 (61,0)	41 (39,0)	0,005
Positiva	102 (45,3)	123 (54,7)	
Neutral	26 (37,7)	43 (62,3)	
Tristeza			
Sí	31 (34,8)	58 (65,2)	0,005
No	161 (51,8)	150 (48,2)	
Pérdida de la autoestima			
Sí	18 (30,5)	41 (69,5)	0,004
No	174 (51,0)	167 (49,0)	
Pérdida del sentido de bienestar			
Sí	30 (32,6)	62 (67,4)	0,001
No	162 (52,6)	146 (47,4)	

* Prueba chi cuadrado.
Frec: frecuencia.

Tabla 5. Resultados del análisis multivariado para la variable disminución del deseo sexual (sí/no), su relación con la deficiencia de testosterona y otros factores

VARIABLES EN EL MODELO	COEFICIENTE B	OR	IC 95,0 % DEL OR	VALOR P
Concentraciones de testosterona				
Normales	Categoría de referencia			
Disminuidas	-0,120	0,887	0,572-1,374	0,590
Grupos etarios				
60-69 años	Categoría de referencia			
70-79 años	0,257	1,294	0,834-2,005	0,250
80 años y más	0,922	2,515	1,183-5,346	0,017
Actitud hacia la sexualidad en la vejez				
Muy positiva	Categoría de referencia			
Positiva	0,616	1,852	1,129-3,036	0,015
Neutral	0,867	2,379	1,228-4,609	0,010
Autovaloración del estado psicológico				
Bueno	Categoría de referencia			
Regular o malo	0,334	1,397	0,891-2,189	0,145
Pérdida del sentido de bienestar				
No	Categoría de referencia			
Sí	0,674	1,961	1,157-3,326	0,012
Consumo de medicamentos				
No	Categoría de referencia			
Sí	0,555	1,741	1,105-2,744	0,017

Regresión logística multivariable.

DISCUSIÓN

La sexualidad se considera un aspecto importante en la vida de las personas, y el DS es un elemento sobresaliente en ella. Numerosas investigaciones han demostrado que los ancianos no son asexuales, y que los sentimientos y el DS pueden estar presentes durante toda la vida;^{4-7,16,19} sin embargo, la visión de la sexualidad de personas mayores, en muchos individuos, se sustenta en mitos y creencias que pudieran desfavorecerla.

Es común que se le conceda importancia preferencial a los factores biológicos (declinación hormonal, envejecimiento de órganos y sistemas y enfermedades crónicas), lo que conduce a la creencia del apagamiento fisiológico inevitable. Los profesionales de la salud no están exentos de estos conceptos erróneos, por ello la sexualidad de las personas mayores tiende a ser poco valorada como dimensión y expresión de salud.

Este estudio contribuye a demostrar que, a pesar de que el DS cambia con el envejecimiento, sobre todo en sentido de disminución, existen amplias diferencias interindividuales, y en la mayoría de los sujetos esto no necesariamente conduce a desinterés o ausencia de éste, lo mantienen en un nivel medio y lo experimentan con frecuencia. Aporta información de utilidad en el esfuerzo por desmitificar la influencia determinante e inevitable de la declinación hormonal, y otros factores biológicos en estos cambios, y resaltar la importancia de factores psicosociales susceptibles de ser modificados.

Como toda investigación, esta no está exenta de limitaciones. Se pueden mencionar, entre otras, que: por las características del reclutamiento solo participaron individuos con estado de salud razonablemente bueno, por lo que la muestra no es representativa de toda la población del área estudiada. Los sujetos frecuentemente dejaban preguntas sin contestar, lo que ocasionó datos faltantes. No puede descartarse la posibilidad de sesgo de información debido a la edad de los sujetos, sus condiciones psicocognitivas y los condicionamientos de género en relación con la sexualidad y la masculinidad (tienden a exagerar). Estas limitaciones, a nuestro juicio, no limitan la validez de los resultados.

El análisis sobre la presencia de cambios en el DS con el envejecimiento, demostró que los hombres mayores que participaron en este estudio, en una proporción alta, reconocieron que han experimentado cambios relacionados con la edad, mayoritariamente en sentido negativo, lo que coincide con otros estudios similares.^{1,8,10,19-29}

La ausencia de DS estuvo presente en una proporción baja de los sujetos. Los resultados del *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB)*,¹⁹ estudio multicéntrico de gran importancia, demuestran que la pérdida del DS no es mayoritaria entre los varones adultos mayores, aunque existen amplias variaciones por países o regiones. Reportaron pérdida del deseo sexual el 9 % del total de participantes:¹⁹ del 8-29 % de los asiáticos,²⁶ 5-15 % de los anglófonos,²⁷ 5-11 % de los europeos²⁸ y 1,17 % de los brasileños.²⁹

En cuanto a la testosterona, puede decirse que existe extensa evidencia que demuestra su importancia fisiológica en el estímulo y mantenimiento del DS,³⁰ no solo en hombres, sino también en mujeres,^{31,32} y su eficacia terapéutica para mejorar la libido en sujetos con disfunción sexual.³³⁻³⁷ Por ello, al analizar la relación entre el DS y las concentraciones de testosterona en este estudio, a pesar del reconocimiento de la importancia de otros factores, se esperaba que aquellos que presentaran déficit androgénico, fueran los que refirieran mayor disminución del deseo sexual, sin embargo, no fue así.

Este resultado no es totalmente incongruente. Los conocimientos actuales permiten asegurar que la relación entre la testosterona y la respuesta sexual, no siempre es ostensible en la práctica clínica, porque está modulada por un sinnúmero de factores, que incluyen: la disminución fisiológica de los niveles de otras hormonas, los factores psicosociales y las enfermedades orgánicas frecuentes en este grupo etario, entre otras.^{4-7,38-40}

Un estudio reciente que evaluó el efecto terapéutico de la testosterona en sujetos con disfunción sexual, demostró que el DS mejora con el tratamiento, mientras que los niveles de testosterona sérica cambian muy poco, por lo que cuestionan su utilidad como indicador del estado androgénico.³⁷

La relación de la edad con los cambios, el nivel y la frecuencia del DS, resultó coincidente con lo que señalan la mayoría de los estudios, que destacan la importancia de la edad como predictor independiente, y muy preponderante de la disminución del DS en el envejecimiento.^{4-7,19-23,26-29} Son pocos los estudios que desestiman la influencia de la edad en el nivel del DS.⁴⁰ El efecto negativo de la edad sobre el DS es perfectamente plausible, si se analiza que en la medida que transcurren los años, aumenta la probabilidad de que se conjuguen, cada vez más, factores con influencia adversa sobre el desempeño y la satisfacción sexual.

Algunos autores consideran que la declinación de la función sexual es más atribuible al propio envejecimiento o "la edad", que a cualquier otra condición, y que es por ello que en todas las investigaciones epidemiológicas sobre la disfunción sexual aparece el envejecimiento como el primer factor de riesgo.⁴¹

La asociación del estado psicológico con el nivel de DS se menciona muy frecuentemente cuando se analizan los factores que influyen en la sexualidad de los ancianos. Son muchos los estudios^{5,6,42-44} que consideran al estado psicológico como determinante en la intensidad del DS, y parece existir consenso sobre su importancia. Otro elemento relevante del proceso de envejecimiento es la capacidad del individuo de adaptarse a las nuevas condiciones biopsicosociales, incluyendo la sexualidad. El estado psicológico puede influir en que este proceso de adaptación se dé más o menos favorablemente.

La adaptación psicológica a los cambios corporales del envejecimiento, para que no se perciban en un sentido devaluador, se ha señalado en estudios previos como de gran importancia.^{5,6} En personas con enfermedades crónicas se ha demostrado que las preocupaciones y sentimientos negativos en torno al cuerpo y su apariencia, conducen a la percepción de menor atractivo sexual, y a la limitación de vínculos sociales, sexuales y de pareja.⁴⁵

Sobre la importancia de la actitud hacia la sexualidad en el envejecimiento, se conoce que el DS está muy influido por la actitud, lo que se cree y lo que se desea en relación con la sexualidad. Se ha señalado, además, que los cambios en la respuesta sexual relacionados con la edad, se deben, más que todo, a la percepción de que son marginados o devaluados en el terreno sexual y a creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez.^{4-7,46}

Se ha demostrado que muchos hombres mantienen comportamientos sexuales activos, a pesar de tener concentraciones hormonales disminuidas, gracias a la disposición psicológica positiva hacia la sexualidad. Mantener actividad sexual hasta edades avanzadas (o no) depende, en mucho, de factores psicológicos, tales como: temor a no tener un adecuado desempeño sexual, aceptación de otras actividades sexuales diferentes al coito, reacción personal y de su pareja ante los cambios propios de la edad o inducidos por enfermedades, reacción ante actitudes de rechazo de la sexualidad a edades avanzadas entre personas del ambiente social (la familia, la sociedad, personal de salud), creencias sexuales, actitud sexual previa, grado de satisfacción con la vida, etcétera.^{4-6,14,47}

Los resultados obtenidos en relación con la presencia y tipo de relación de pareja sexual, no son coincidentes con investigaciones previas. Numerosos estudios han señalado la importancia de la pareja entre los factores que determinan la sexualidad en estas edades.^{4-7,14,41,47} La presencia de pareja en los ancianos tiene gran influencia en el nivel de deseo y la actividad sexual. Se ha dicho que los comportamientos sexuales en estas edades están más relacionados con aspectos como la confianza, el amor y la comunicación con su pareja, actitudes subjetivas

hacia su propio cuerpo, hacia el estado de salud y hacia la sexualidad, que con factores biológicos.^{4,7,14}

El efecto negativo de síntomas como el cansancio, la disminución del sentido de bienestar y disminución de la autoestima sobre el DS, es perfectamente plausible. Si se considera la influencia, ya mencionada, de la disposición psicológica sobre el DS, resulta coherente pensar que estos síntomas pueden conducir a un estado de apatía que involucre también la disposición sexual. En algunas revisiones del tema^{5,7,48} se mencionan el agotamiento físico y psíquico propios de la edad, como contribuyentes a la disminución del interés por el contacto sexual, y como fuente de temores por el cansancio extra que este puede provocar. Se han señalado también el nerviosismo, la intranquilidad, la pérdida del entusiasmo, la angustia o tristeza, como síntomas que con mayor intensidad llevan a la pérdida del DS; sin embargo, en este trabajo no se observó esa asociación.

Las enfermedades crónicas se señalan reiteradamente como un factor con influencia negativa sobre la sexualidad en el envejecimiento,^{4-7,25,39-42} por lo que resultó sorprendente que la presencia de enfermedades no mantuviera su influencia significativa sobre la disminución del DS en el análisis multivariado. Múltiples estudios han demostrado asociación de la disminución del deseo y la actividad sexual en el envejecimiento, con padecimientos crónicos como la DM, enfermedades cardiovasculares, de la próstata y otras,^{6,49} enfermedades estas que fueron frecuentes entre los participantes de este estudio, y sin embargo, no se demostró asociación de ellas con la disminución del DS.

El uso de medicamentos como los antihipertensivos (betabloqueadores, anticálcicos, alfametildopa y diuréticos como la espironolactona), antidepresivos, narcóticos, etc., se mencionan como causas de disfunción sexual en las publicaciones sobre el tema.⁵⁰ Fue frecuente, entre los participantes en este estudio, el consumo habitual de algunos de ellos, lo que podría explicar la relación entre el consumo de medicamentos y la disminución del DS.

A criterio de los autores, este estudio confirma, una vez más, la gran dificultad que supone cuantificar los aspectos de la sexualidad y los factores que sobre ella pueden influir. Demuestra la amplia diversidad y grandes variaciones interindividuales de esta, y contribuye a resaltar la importancia de la visión integradora biopsicosocial en torno al análisis de esta.

Se concluye que el deseo sexual cambia con el envejecimiento, predominantemente en sentido de disminución, pero la mayoría de los sujetos se sienten satisfechos, o medianamente satisfechos, con su DS actual, lo experimentan a menudo y en un nivel medio. La disminución del DS en los sujetos estudiados no depende de las concentraciones de testosterona sérica, y sí de otros factores biológicos, psicológicos y sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men: longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1502-9.

2. Bellastella A, Esposito D, Conte M, Ruocco G, Bellastella G, Sinisi A, et al. Sexuality in aging male. *J Endocrinol Invest*. 2005;28:55-60.
3. Rohden F. O homem é mesmo a sua testosterona: Promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horiz Antropol*. 2011;17(35):161-96.
4. Corona G, Rastrelli G, Maseroli E, Forti G, Maggi M. Sexual function of the ageing male. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;27:581-601.
5. Llanes C. La sexualidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]*. 2013 [citado 5 de noviembre de 2015];29(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Quintana Y, Gey JL. La sexualidad en el adulto mayor. *EduSol*. 2013;13(42):93-102.
7. Sapetti A. La sexualidad en el adulto mayor. *Psicodebate*. 2013;13:61-78.
8. Araujo AB, Esche GR, Kupelian V, O'Donnell AB, Travison TG, Williams RE, et al. Prevalence of symptomatic androgen deficiency in men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92:4241-7.
9. Corona G, Rastrelli G, Vignozzi L, Mannucci E, Maggi M. How to recognize late-onset hypogonadism in men with sexual dysfunction. *Asian J of Androl*. 2012;14:251-9.
10. Tajar A, Huhtaniemi IT, O'Neill TW, Finn JD, Pye SR, Lee DM, et al. Characteristics of androgen deficiency in late-onset hypogonadism: Results from the European Male Aging Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;95:1508-16.
11. Buvat J, Maggi M, Guay A, Torres LO. Testosterone Deficiency in Men: Systematic Review and Standard Operating Procedures for Diagnosis and Treatment. *The J Sex Medic*. 2013;10(1):245-84.
12. Lunenfeld B, Arver S, Moncada I, Rees DA, Heinrich M, Schulte H. How to help the aging male? Current approaches to hypogonadism in primary care. *Aging Male*. 2012;15(4):187-97.
13. Singh P. Andropause: Current concepts. *Indian J Endocr Metab*. 2013;17(suppl S3):621-9.
14. Monteagudo G. Creencias sobre sexualidad y respuesta sexual en un grupo de hombres de la tercera edad de Ciudad de La Habana, Cuba [tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias]. La Habana; 2007.
15. Rogler I. Sexuality in later life: the wish for love only dies at death. *Pflege Z*. 2003;56(3):172-4.
16. Castelo L, Machado MC, Aramburo E, Martínez R. Declinación andrónica durante el envejecimiento masculino. Información en un centro de trabajo. *Rev Cubana Endocrinol*. 2003;14:21-6.

17. Espinosa R. Validación de cuestionarios para el pesquisaje del síndrome de declinación de la función testicular en hombres mayores [tesis para obtener el grado de Especialista de I Grado en Endocrinología]. La Habana; 2006.
18. Torres I. Calidad de vida en varones adultos mayores con deficiencia de testosterona [tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en Endocrinología]. La Habana; 2014.
19. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr., Paik A, Gingell C. Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004;64:991-7.
20. Liberman S, Garcia Y, Figueira J. Andropausa. Effects of aging in men. *Rev Bras Med*. 2011;68(5):150-3.
21. Acuña A. Hipogonadismo masculino. Disfunción sexual y envejecimiento. *Urol Colomb*. 2008;XVII:71-82.
22. Bortz WM, Wallace DH, Wiley D. Sexual function in 1,202 aging males: differentiating aspects. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999;54(5):M237-41.
23. De Lamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. *J Sex Res*. 2005;42(2):138-49.
24. Enzlin P, Mak R, Kittel F, Demyttenaere K. Sexual functioning in a population-based study of men aged 40-69 years: the good news. *Int J Impot Res*. 2004;16(6):512-20.
25. Cedeño L, Atiñol E, Suárez M, León JL, Cedeño BY. Sexualidad en gerontes de la Universidad del Adulto Mayor en el municipio de III Frente. *MEDISAN*. 2014;18(1):100-5.
26. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. Sexual Behavior and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU Internacional*. 2005;95:609-14.
27. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Brock G, King R, Gingell C. Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five Anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *J Sex Marital Ther*. 2006;32(4):331-42.
28. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO. Sexual Behavior, sexual dysfunctions and related help-seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *World J Urol*. 2006;34:423-8.
29. Duarte E, Glasser D, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behavior among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Sao Paulo Med J*. 2005;123(5):234-41.
30. Finger L, Llesuy S, Nagelberg A, Terradas C. Rol de los andrógenos en la sexualidad del varón. *RAEM*. 2007;44(1):41-4.

31. Avis NE. Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies. *J Gend Specif Med.* 2000;3(2):37-41.
32. Boloña ER, Uranga MV, Haddad RM, Traez MJ, Sideras K, Kennedy CC, et al. Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:20-8.
33. Spitzer M, Huang G, Basaria S, Travison TG, Bhasin S. Risks and benefits of testosterone therapy in older men. *Nat Rev Endocrinol.* 2013;9:414-24.
34. Krysiak R, Okopien B. Tratamiento de los pacientes con andropausia. *Pol Merkur Lekarski.* 2012;32(187):74-8.
35. Prasanth N, Surampudi WC, Swerdloff R. Hypogonadism in the Aging Male Diagnosis, Potential Benefits, and Risks of Testosterone Replacement Therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;20:625-34.
36. Amore M, Innamorati M, Costi S, Sher L, Girardi P, Pompili M. La deficiencia parcial de andrógenos, la depresión, y los suplementos de testosterona en hombres de edad avanzada. *Int J Endocr.* 2012;7:280-4.
37. Heidari R, Sajadi H, Pourmand A, Pourmand G. Can testosterone level be a good predictor of late-onset hypogonadism? *Androl.* 2014;1:5.
38. Morley JE, Perry HM. Androgen deficiency in aging men. *Med Clin North Am.* 1999;83(5):1279-89.
39. Praveen EP, Khurana ML, Kulsh Reshtha B, Dwivedi SN, Prabhakaran D, Khadgawat R, et al. Plasma testosterone in adult normoglycemic men: impact of hyperinsulinaemia. *Androl.* 2012;44(5):293-8.
40. Yeap BB. Testosterone and ill-health in aging men. *Nature Clin Practice.* 2009;5:113-21.
41. Valero J, Márquez J, Campos P, Puigvert A, Prieto R. Recomendaciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento del SDT: Guías de práctica clínica. *Arch Esp Urol.* 2013;66(7):737-44.
42. Quevedo L. Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado.* 2013;10(2):70-9.
43. Feldman HA, Longcope C, Derby CA, Johannes CB, Araujo AB, Coviello AD, et al. Age trends in the level of serum testosterone and other hormones in middle-aged men: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87(2):589-98.
44. Berglund LH, Prytz HS, Perski A, Svartberg J. Los niveles de testosterona y el estado de salud psicológica en los hombres de la población general. *Tromsø Male Aging.* 2011;14(1):37-41.
45. Ledón L. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2011;37(3):324-37.

46. Moschietti A, Caballero IR, Sánchez M, Lombardo E. Representaciones de la vejez. Rev Latinoam Psic. 2001;32:519-36.
47. Pagés JC. Macho varón masculino. Estudio de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010. p. 9-18.
48. García C. Aspectos psicosociales a considerar por el Médico de la familia en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;7(3):273.
49. Ryan JG, Gajraj J. Erectile dysfunction and its association with metabolic syndrome and endothelial function among patients with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complications. 2012;26:141-7.
50. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. Austr Prescr. 2013;36:42-5.

Recibido: 30 de agosto de 2015.

Aprobado: 10 de noviembre de 2015.

Gilda Monteagudo Peña. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). Calle Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: gilda.monteagudo@infomed.sld.cu