

## 4. La sexualidad en las personas mayores. Una visión global

### SEXUALITY IN THE ELDERLY. A GLOBAL VISION

Raquel García Lozano

Diplomada universitaria de Enfermería - Cruz Roja de Terrassa.

#### RESUMEN

Las personas mayores están en una etapa vital que para la sociedad es de baja productividad y a menudo menos valorados, ellos lo perciben y a menudo no son conscientes de sus necesidades vitales, su cuerpo cambia en todas las esferas, sin ser apoyados por sus iguales o su entorno.

La sexualidad esta en todas las etapas vitales y el sistema social y sanitario debe tener recursos para acompañar a las personas de edad avanzada a tener una sexualidad activa y placentera.

**Palabras clave:** Sexualidad, vejez, productividad, envejecimiento, disfunciones, tratamientos.

#### ABSTRACT

*The elderly are in a vital stage that for society is low productivity and often less valued, they perceive it and often are not aware of their vital needs, their body changes in all spheres, without being supported by their peers or their environment. Sexuality is at all vital stages and the social and health system must have resources to accompany older people to have an active and pleasant sexuality.*

**Keywords:** Sexuality, old age, productivity, aging, dysfunctions, treatments.

#### INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la visión del ser humano ha ido cambiando, recientemente se le valora dentro del ámbito de la productividad. Pero en la sociedad actual se está aumentando la esperanza de vida y con ello el aumento de personas mayores; siendo un grupo de baja productividad y de declive general. Así pues, la visión general que se tiene de la etapa vital de la vejez es pobre y de bajo rendimiento, siendo menospreciado o menos valorado.

En cambio, la visión de la sexualidad a lo largo de historia ha cambiado desde su aspecto más físico, pasando por la parte emocional hasta la visión Freudiana con la idea de que la sexualidad es un proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte. Así que actualmente la sexualidad es un fenómeno complejo que incorpora aspectos biológicos, psicológicos, interpersonales y de comportamiento.

Si tenemos en cuenta que la sexualidad es un factor que se tiene desde que se nace, cuando pasa por la etapa vital de la vejez esta se ve reducida, como en todos los aspectos fisiológicos, psíquicos y sociales que comporta esta etapa vital. Pero no por ello desaparecida, puesto que la sexualidad esta presenta hasta la muerte del individuo.

La sexualidad en la vejez pasar por varias etapas, depende únicamente del individuo y de su entorno. A lo largo del proceso de envejecimiento pueden padecerse disfunciones sexuales que variarán según el individuo y el género, los tratamientos irán ligados al género y el motivo de la disfunción sexual.

Son los profesionales sanitarios quienes tienen que valorar, respetar, acompañar y ayudar con tratamiento a las personas que padecer disfunciones sexuales.

#### SEXUALIDAD

La sexualidad es definida según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* como un factor que está presente a lo largo de su vida, la cual abarca al sexo, la identidad, el género, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. El cual se expresa a través de pensamientos, fantasías, fetiches, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, relaciones interpersonales. En la sexualidad se relacionan los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales enmarcados dentro de la sociedad.<sup>1</sup>

La sexualidad siempre ha sido un tema tabú en los colectivos sociales en casi todas sus generaciones y edades, afectando su forma de practicarla y vivirla. Pero con gran necesidad de vivirla y experimentarla en cada una de las etapas de la evolución humana.<sup>2</sup> Ya que la sexualidad está presente en todas las etapas de la vida, desde que nacemos hasta que se fallece. Es algo innato en el ser humano y no es algo prohibitivo en función de la edad, aunque socialmente se castigue.<sup>2,3,4</sup> Esta tiene un peso importante de la vida, las relaciones y la calidad general de una persona.<sup>5</sup>

La sexualidad no es únicamente el acto sexual, si no abarca el vínculo, afecto, contacto y la intimidad. Englobando así al individuo en todas sus facetas y aspectos, solo siento cambios por la etapa vivencial en la que están.<sup>6</sup>

Se puede afirmar que la sexualidad está directamente relacionada con los aspectos biológicos, psicológicos, espirituales, culturales y sociales.<sup>5,7</sup>

## MODELOS DE SEXUALIDAD

Los modelos de sexualidad se describen para poder entender mejor las fases o por los procesos que pasa un individuo en el momento de las relaciones sexuales. El primer modelo fue descrito en 1966 por:

### **Modelo Masters y Johnson**

La descripción del ciclo de respuesta sexual, con el objetivo dirigido en la experiencia, para culminar en el coito y orgasmo.<sup>5, 8, 9</sup>

Estos describen la sexualidad:

- **Excitación:** Interés o necesidad de actividad sexual. Se puede apreciar un aumento considerable de la frecuencia cardíaca y respiratoria, se presenta vaso congestión y lubricación vaginal en mujeres. En el hombre, se presenta salida de líquido pre eyaculatorio por las glándulas de Cowper. Según los autores, puede variar algunos minutos y extenderse posteriormente.
- **Meseta:** El sistema vascular y la respuesta del organismo a la estimulación. Los cambios antes descritos se intensifican, las manifestaciones permanecen hasta la fase de orgasmo.
- **Orgasmo:** El clímax, es la máxima altura de la respuesta fisiológica involuntaria. Se caracteriza por contracciones rítmicas de los músculos. En caso de los hombres de la base del pene que conllevan a la salida del líquido seminal. Además, existe un aumento de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, respiratoria y de pulso, en el hombre, inicialmente existe salida de fluido seminal procedente de la próstata, posteriormente el orgasmo se acompaña con la eyaculación. En mujeres se presentan contracciones rítmicas en el útero, la tensión de los músculos aumenta la presión sobre el pene y contribuye al orgasmo. Durante el periodo de resolución, existe un retorno a las condiciones basales, frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial y de pulso, acompañado de una sensación de plenitud. Para algunas mujeres, es posible retomar la fase orgásmica con algunos estímulos adicionales, presentándose multiorgasmos.
- **Resolución:** Es el periodo de recuperación después del orgasmo en el que el cuerpo vuelve al estado de reposo. En el caso de los hombres pueden tener el periodo refractario donde pueden mantener aun la erección total o parcial sin la presencia de orgasmos, cuya duración es variable.

Se valora este modelo como muy útil para determinar las estrategias y terapias. Da una visión clara y precisa entre una y la otra fase, pudiendo existir variaciones significativas entre las personas, dependiendo de la edad, el género y el contexto en general.<sup>9/H</sup>

### **Modelo de Wilhelm Reich**

Este modelo se define de las teorías de Freud y de los trabajos de Müller, las hipótesis biológicas de Kraus y estudios de la sexualidad. Siendo el orgasmo el principal mecanismo de regulación del organismo.

Tiene las siguientes fases:

- **Preliminares del placer:** Su mayor característica es la erección masculina, los espasmos en la región pélvica, en las mujeres, y presencia de secreciones de las glándulas genitales.
- **Penetración:** La excitación aumenta repentinamente en ambos sexos.
- **Control voluntario:** Aumenta la excitación, la consciencia está centrada en la percepción de las sensaciones placenteras.
- **Contracciones musculares involuntarias y aumento automático de la excitación:** Contracciones musculares en la región pélvica y posteriormente reacciones espasmódicas que producen la eyaculación. Viendo el orgasmo como el elemento que permite la descarga de la tensión creada.
- **Ascenso repentino y vertical hacia el umbral extremo de la excitación:** Intensificándose el aumento de la frecuencia de las contracciones musculares.
- **Caída vertical de la excitación:** Alivio de la tensión como resultado de un reflujo de la excitación en los genitales al resto del cuerpo.

### **Modelo de Helen Singer Kaplan**

Siendo un modelo Trifásico después de su revisión. Las fases son:

- **Fase de deseo:** Cuando se unen los sentimientos, experiencias cognitivas, las sensaciones y el grado de excitabilidad neurofisiológica.
- **Fase vaso congestiva:** Excitación.
- **Fase mioclónica:** Orgasmo.

Los tres elementos están en estructuras anatómicamente y se encuentran en diversas estructuras del sistema nervioso periférico.

Las disfunciones y alteraciones pueden aparecer en cualquier fase producidas por factores múltiples. Las técnicas de orientación conductual y psicoanálisis pueden dar una respuesta a dichas alteraciones.

### **Modelo de John Basson**

El modelo se basa en una función cíclica de la respuesta femenina, estableciendo mecanismo de retroalimentación entre los factores emocionales, físicos y cognitivos.

En las mujeres si el deseo espontáneo, los estímulos son lo suficientes intensos y significativos se genera la excitación sexual. El grado de gratificación se genera por el placer, con o sin orgasmo, ya que hay elementos mucho más importantes como la intimidad, factores emocionales, vínculos afectivos, autovalía, asertividad sexual y la comunicación.

### Modelo de Helí Álzate

Este modelo describe la respuesta sexual en:

- *Apetencia*
- *Relacional*
- *Estimuladora*
- *Excitatoria*
- *Orgásmica*

Y cada uno de estas respuestas están incluidos en los planos de:

- *Psíquico*
- *Somáticos*
- *Comportamentales.*

Con la combinación de ellos este modelo da una respuesta más subjetiva al comportamiento vivencia erótico-sexual, favoreciendo la aproximación clínica y terapéutica apropiada a la complejidad de los problemas que entorpecen la actividad sexual.

La incorporación de los vínculos afectivos en este modelo son requisitos indispensables para una actividad plena, considerando el amor como condición imprescindible para dignificar el erotismo y la sensualidad. También incluye el contexto sociocultural y la experiencia individual de los componentes.

Con las fases y los planos que tiene en cuenta este modelo, facilita la intervención para una educación y una clínica, para así poder solucionar las alteraciones sexuales que surjan.

### Modelo hexafásico de Álvarez-Goyou

Este modelo se explica por estar condicionado al sistema central, periférico y autónomo si dejar de la parte neuroendocrina.

Las fases que explica este modelo son:

- *Estímulo sexual efectivo:* Puede ser de diversos tipos en función de la procedencia.
  - *Reflexogénicos:* Los genitales son los que reciben la estimulación tanto si es externa como interna.
  - *Psicogénicos:* Se originan en los centros cerebrales, ya vengan del exterior por sensaciones en registradas como interiormente por centros corticales.
- *Excitación:* En las mujeres se produce una vasodilatación perineal (del sistema parasimpático). En los hombres la erección del pene (donde están las fibras nerviosas somáticas y autónomas, simpáticas y parasimpáticas). Conjuntamente con otros cambios para dar una excitación completa.
- *Meseta:* Se describe como el punto máximo de excitación, se considera la fase transicional hasta el orgasmo.

- *Orgasmo:* Fisiológicamente esta el vaso congestión, contracciones rítmicas en las zonas genitales de cada sexo.
- *Refractario:* Todo vuelve a posición de antemano.

### RELACIONES SEXUALES

Las relaciones sexuales se definen según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* como: Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.<sup>1</sup>

Para que así sea, la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* asegura: Que se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.<sup>1</sup>

Esta definición representa lo que toda persona en cualquier etapa de su vida ha de tener para mantener relaciones sexuales satisfactorias. No obstante en las personas de edad avanzada tiene sus limitaciones sean físicas, psicológicas, sociales o de entorno. Pero no quiere decir que no se puedan satisfacer o que no se tengan.

El tipo de relación sexual que se lleva a cabo en la vejez no se ha descrito ni se ha estudiado en profundidad, así que no hay mucha documentación sobre ellas. No obstante, describimos los tipos de relaciones sexuales como:<sup>10,11</sup>

- *Estimulación general o Magreo o tocamientos:* Son las relaciones sexuales que consisten en caricias íntimas, sin ningún tipo de penetración y consentidas. Se utiliza en termino petting para designar el roce de la ropa interior, acaricias, besos, ... Se describen grados:
  - *Grado I:* Tomarse de las manos, besos y abrazos.
  - *Grado II:* Caricias sexuales sobre la ropa, incluso pudiendo imitar el coito.
  - *Grado III:* Caricias sexuales bajo la ropa. Incluyendo desde meter la mano bajo la ropa hasta estar totalmente desnudos y practicar sexo oral, masturbación mutua, ...
- *Penetración / coito:* Es la inserción y empuje pélvico del pene en la vagina o el ano.
- *Masturbación:* Es la obtención de placer sexual mediante la autoestimulación de los órganos genitales.
- *Sexo oral:* A veces denominado *coito oral*, es una actividad sexual que implica la estimulación de los genitales de una persona por parte de otra utilizando la boca (incluyendo los labios, la boca, la lengua o los dientes) y la garganta. El cunnilingus es el sexo oral realizado sobre la vulva o la vagina, mientras que la felación es el sexo oral realizado sobre el pene. El anilingus, otra forma de sexo oral, es la estimulación oral del ano. La estimula-

ción oral de otras partes del cuerpo, como besar o lamer, no se considera sexo oral.

Se sabe por entrevistas que se han realizado a las personas ancianas, que en esta etapa vital practican este tipo de relaciones sexuales, pero no se puede concretar la asiduidad y la satisfacción de estas. Puesto que las entrevistas diverjan de unas a otras, ya que depende de la sociedad, cultura y país que se estudie.

Todo un campo por explorar.

## LOS FACTORES FISIOLÓGICOS DE LA VEJEZ

El envejecimiento es una etapa más del ciclo vital, con un proceso dinámico e irreversible para todos los seres humanos. Este tiene una implicación de cambios morfológicos, psíquicos, funcionales y bioquímicos que desembocan en

perdidas progresivas.<sup>12</sup>

Debemos diferenciar el envejeciente fisiológico, siendo este una pérdida de facultades normales, propias de la edad; en cambio el envejeciente patológico es aquella pérdida o deterioro acelerado por consecuencias de patologías, malos hábitos...<sup>12</sup>

Se ha visto que en el ser humano a partir de los 30 años se deteriora sus órganos en un uno por ciento por año. Así que cuando llega a la edad avanzada sus órganos han envejecido un 35% más. Siempre y cuando, no se ha abusado de los órganos y tengan un mayor porcentaje de deterioro, como podría ser un fumador o un adicto a sustancias nocivas.<sup>12</sup>

La etapa del envejecimiento es una realidad que no se puede evitar, en donde se envejece y se deteriora no solamente las partes visibles del organismo, sino también

<b>Cambios físicos del envejecimiento</b>	
<b>La piel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de firmeza y elasticidad, por lentitud de las células y pérdida de colágeno.</li> <li>• Deshidratación.</li> <li>• Aparición de Canas (cabellos blancos), consecuencia de la reducción de melanina.</li> <li>• Pérdida de pelos en algunas zonas y aparición en otras zonas según el sexo</li> <li>• Piel más áspera. (disminución de las glándulas sebáceas).</li> <li>• Cambios de tonalidad de la piel (disminución de melanocitos).</li> <li>• Las uñas crecen a menor velocidad y tienen menos brillo. Suelen ser más duras por acúmulo de capas corneas.</li> <li>• Degradación de las glándulas sudoríparas.</li> </ul>
<b>Sistema cardiorcirculatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El corazón se atrofia y la elasticidad disminuye, al igual que en los vasos sanguíneos. Todo ello comporta una reducción del gasto cardíaco y disminución de la velocidad sanguínea.</li> <li>• En el caso de las mujeres: el sistema microvascular de la zona perianal recibe menos aporte para unas relaciones plenas.</li> </ul>
<b>Sistema musculoesquelético</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deformidad en las cuñas de las vértebras (sobre todo zona dorsal).</li> <li>• Gasto de energía para equilibrar la marcha, ya que se pierde el centro de gravedad.</li> <li>• Se pierde masa magra, fuerza y musculatura. Disminución de la regeneración tisular (adelgazamiento y flaccidez).</li> <li>• Redistribución de la grasa corporal.</li> <li>• Pérdida de masa ósea a causa de la desmineralización de los huesos.</li> <li>• Desgaste general de las articulaciones (artrosis i / o artritis).</li> <li>• Disminución de la elasticidad de la pared torácica.</li> <li>• Disminución de la flexibilidad.</li> <li>• En el caso de las mujeres: contracción y relajación más débiles de los músculos perineales.</li> </ul>
<b>Sistema respiratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la expansión de la caja torácica (endurecimiento de los cartílagos y cifosis dorsal).</li> <li>• Reducción de los alveolos y cilios. Disminuye el reflejo de la tos. Disminución del intercambio gaseoso.</li> <li>• Disminución de la elasticidad pulmonar (disminuyendo la capacidad vital y el volumen de reserva respiratorio).</li> </ul>
<b>Sistema digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la secreción de la saliva (Xerostomía).</li> <li>• Piezas dentales deficientes o disminución de estas. El esmalte dental se adelgaza y la dentina se hace transparente. Retracción de las encías.</li> <li>• Enlentecimiento del vaciado vesicular y un aumento del espesamiento de la bilis.</li> <li>• Disminución de secreción de jugos gástricos.</li> <li>• Páncreas reducido y sus funciones.</li> <li>• Reducción de las funciones absorptivas y sobrecrecimiento bacteriano.</li> <li>• Debilidad de la musculatura lisa del esófago.</li> <li>• Enlentecimiento del movimiento intestinal</li> </ul>

<b>Cambios físicos del envejecimiento</b>	
<b>Sistema urinario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción en número y funcionalidad de las nefronas.</li> <li>• Alteraciones a nivel vascular del sistema urinario con disminución del filtrado glomerular, así como la secreción y de la reabsorción tubular.</li> <li>• Propensión a la deshidratación por pérdida de mayor cantidad de agua.</li> <li>• No hay un vaciado completo de la vejiga. Pérdida de fuerza muscular en la vejiga (incontinencia urinaria).</li> <li>• En el caso de las mujeres (disminución de estrógeno): atrofia urogenital, prolapso del útero y los tejidos vaginales.</li> </ul>
<b>Sistema endocrino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la producción hormonal y la respuesta orgánica, como consecuencia hay una alteración de las funciones homeostáticas.</li> <li>• En el caso de las mujeres la disminución de estrógenos produce más cambios (acortamiento de la vagina, sequedad vaginal, cambios en la flora bacteriana y equilibrio del PH, adelgazamiento de los labios, disminución de la almohadilla de grasa debajo del monte de venus).</li> <li>• En los Hombres al disminuir la función del Hipotálamo, hipófisis y eje gonadal hay disminución de testosterona (provocando múltiples alteraciones durante las fases de sexualidad).</li> </ul>
<b>Sistema metabólico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en la fragilidad y calidad de los eritrocitos.</li> <li>• Disminución de la enzima lactasa (intolerancias a la leche de vaca).</li> <li>• Disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los receptores, lo cual produce una tendencia a la deshidratación.</li> <li>• Las enfermedades metabólicas disminuyen el flujo sanguíneo y causan trastorno neurológico.</li> </ul>
<b>Sistema nervioso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de funcionalidad y número de neuronas También del peso y volumen del cerebro.</li> <li>• Disminución de la capacidad de coordinación.</li> <li>• Reducción en adaptabilidad al medio y enlentecimiento general.</li> <li>• En el sueño: Adelanto de la fase circadiana de sueño. Aumento del número de despertares. Disminución de la eficacia del sueño nocturno. Incremento de la cantidad de sueño superficial y reducción del sueño profundo. Toma de siestas durante el día. Disminución del número de horas de sueño REM</li> <li>• Alteraciones en los sentidos (Vista, olfato, gusto, tacto y auditivo).</li> </ul>
<b>Sistema inmunitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La respuesta frente a los estímulos antigénicos esta disminuida.</li> <li>• Disminución de la producción de anticuerpos.</li> </ul>
<b>Sentidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrofia pailar gustativa (disminuyendo la percepción del gusto).</li> <li>• Degeneración del nervio del olfato.</li> <li>• Disminución de la agudeza visual (cristalino se vuelve denso, grueso y menos elástico).</li> <li>• Pérdidas importantes de audición (por la degeneración del aparato receptor del oído).</li> </ul>
<b>Cambios psíquicos</b>	
<b>Modificaciones de estructura cerebral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones anatomo fisiológicas del sistema nervios y de los órganos de los sentidos.</li> </ul>
<b>Modificaciones funciones cognitivas</b>	<p><i>Inteligencia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la inteligencia Fluida (capacidad para realizar nuevas relaciones)</li> <li>• Disminución de la eficiencia intelectual (Practica)</li> </ul> <p><i>Memoria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida progresiva de las memorias a corto plazo, circunstancial (recordar incidentes) y de trabajo (tareas)</li> </ul> <p><i>Resolución de problemas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierta dificultad para utilizar estrategias nuevas.</li> <li>• Pensamiento más concreto que abstracto.</li> <li>• Rigidez en la organización del pensamiento.</li> <li>• Dificultad en discriminar la información.</li> <li>• Repeticiones.</li> <li>• Dificultad de aprender y nuevas informaciones.</li> </ul> <p><i>Creatividad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depende de la experiencia, motivación, salud, estilo de vida y energía. Pero se ve disminuida.</li> <li>• Reacción a estímulos:</li> <li>• Menor respuesta (disminución de los reflejos).</li> <li>• Problema para transformar los estímulos verbales en imágenes mentales.</li> <li>• Dificultad en encontrar las palabras adecuadas.</li> </ul>

<b>Cambios en la afectividad</b>	
<b>Emociones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos de inutilidad e impotencia delante de las situaciones, sobre todo las pérdidas.</li> </ul>
<b>Motivaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependerá de las actividades sean satisfactorias.</li> <li>• Ocupar el tiempo.</li> </ul>
<b>Personalidad Factores que influyen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física y mental</li> <li>• Antecedentes de actitudes y motivaciones.</li> <li>• Pertenencia a un grupo.</li> <li>• Identidad social</li> <li>• Interacción familiar.</li> <li>• Situaciones de vida. ...</li> </ul>

### **Cambios sociales**

La sociedad de sigan un rol individual. Cuando la etapa vital pasa ser de persona mayor este se desequilibra.

Dependerá de la situación en que se encuentre, las dificultades del momento, en la expresión o no de las propias emociones y afectividad.

<b>Cambios en la estructura familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El rol que toma la persona mayor dentro del ámbito familiar- social.</li> <li>• Pérdidas de amistades, entorno social físico por no poderse movilizar, familiares, mascotas, ...</li> </ul>
<b>Jubilación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La desvinculación del trabajo.</li> <li>• Pérdidas económicas.</li> <li>• Pérdida de identidad ocupacional.</li> <li>• Pérdida del rol adulto productivo.</li> </ul>

Los cambios fisiológicos en la vejez son diferentes entre el género, vamos a ver específicamente los que afectan a la sexualidad:

### **Cambios anatómicos de los órganos sexuales**

<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distensión de la bolsa escrotal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor tamaño del ovario, trompa y útero.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del tamaño de la próstata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor longitud vaginal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del ángulo peniano abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrofia de los labios mayores</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor tamaño testicular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrofia de la mucosa del endometrio y cuello.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor ascenso testicular con la erección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento de las mamas y el tejido adiposo con pérdida de elasticidad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye la fertilidad sobre los 70 años, pero puede continuar hasta los 90 años.</li> </ul>	

### **Cambios funcionales en los órganos sexuales**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erección más lenta y menos completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la producción de secreción hormonal (relacionada con la menopausia y disminución del flujo vaginal).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descenso rápido de la erección tras la eyaculación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orgasmo de duración corta: menor número de contracciones orgásmicas; menor intumescencia del clítoris</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor frecuencia de eyaculación retrograda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rápido descenso tras el orgasmo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orgasmo de duración corta</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodo refractario prolongado hasta la eyaculación</li> </ul>	

<b>Cambios funcionales durante las relaciones sexuales</b>		
<b>Fases</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Excitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentización gradual del tiempo de reacción física a la estimulación.</li> <li>• Más tiempo para completar la excitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos libido, al haber menos andrógenos.</li> <li>• Disminución del flujo sanguíneo vaginal.</li> <li>• Congestión genital.</li> <li>• Lubricación.</li> </ul>
<b>Meseta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La erección puede volverse menos firme.</li> <li>• Menos producción de semen y volumen eyaculatorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prolonga.</li> <li>• Menos color en los labios.</li> </ul>
<b>Orgasmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser más corto, menos intenso y disminución de las contracciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de orgasmos múltiples no alterada.</li> <li>• Con contracciones más débiles y menos frecuentes del los músculos perineales.</li> </ul>
<b>Resolución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rápida detumescencia y descenso testicular.</li> <li>• Periodo refractario se prolonga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdida más rápida del vaso congestión.</li> </ul>

los sentidos y órganos internos del cuerpo. Por lo que es importante reconocer las diferencias de las alteraciones fisiológicas y neurológicas propias del envejeciendo sano que presenta un adulto mayor, para así diferenciarlas de las consecuencias de las enfermedades crónicas.<sup>13</sup>

A continuación, se describen los cambios que experimentan las personas mayores a lo largo de la etapa de envejecimiento sano. Aquí no se tiene en cuenta el envejecimiento patológico.<sup>5, 14,15,16,17,18,19,20,21</sup>

### LA VEJEZ Y LA SEXUALIDAD

Es importante acuñar bien el termino de envejecimiento, persona mayor, etapa avanzada, vejez, ... son muchas palabras para determinar a un grupo de personas, que en realidad lo que hacen es pasar de etapa vital.<sup>12,13</sup>

Hay gran variabilidad dentro de la población anciana, ya que se puede diferenciar por edad cronología y edad fisiológica. La primera se definiría en función del tiempo transcurrido desde el momento de su nacimiento, en cambio la edad fisiológica hace referencia al estado físico o desgaste que ha tenido.<sup>12</sup>

Las personas de edad avanzada que entran en la etapa de la vejez son consideradas por la sociedad, sanidad, estadística y cultura a partir de los 65 años (en alguna bibliografía hablan a partir de los 60 años)<sup>19,22</sup>, siendo este grupo de edad actualmente cada vez mayor y la esperanza de vida aumentando. El instituto nacional de estadística publica que el número de gente mayor de 65 años aumenta cada año, se estima en el 2031 la esperanza de vida será de 83,2 años en hombres y de 87,7 años en mujeres. Con los avances tecnológicos, prevención sanitaria y bienes económicos se prevé que en el 2050 este grupo de edad alcanza el 22% de la población total.<sup>23</sup>

Habiendo un aumento del porcentaje de personas en esta etapa vital es importante reflexionar sobre sus necesidades básicas, la satisfacción sexual es una de ellas. Los estudios sugieren que hay una disminución del interés por el sexo. Aunque las investigaciones disponibles comentan las gran-

des dificultades que hay para poder realizar trabajos rigurosos sobre la sexualidad en la edad avanzada<sup>24</sup> Así que hay una controversia cuando se relaciona la vejez con la sexualidad: la preocupación y agobio de cómo abordar el tema con las ganancias que otorga la sexualidad en la última etapa de la vida humana.<sup>7,11</sup>

Entre las diferentes formas que se manifiesta la sexualidad en la vejez está:<sup>11,25</sup>

- *Afecto*: Inclínación a alguien o algo.
- *Intimidad*: Amistad íntima o zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia.
- *Vinculación*: Acción y efecto de vincular.
- *Autoerotismo*: Excitación sexual sin la participación de otra persona. Masturbación.
- *Autoimagen*: La propia visión de sí mismo. Figura, representación, semejanza y apariencia de algo.
- *El contexto del individuo en relación con el género*.
- *Contexto sociocultural*: Perteneciente o relativo al estado cultural de una sociedad o grupo social.
- *Etnicidad*: Carácter distintivo de una etnia.
- *Amistad*: Vínculo afectivo.
- *Atracción*: Acción de atraer, la fuerza que ejerce para ser atraído.

El sexo no es la única manera de manifestar la sexualidad humana, pero sí la más extendida. Dentro de las expresiones sexuales también están las características físicas, psicológicas, la biografía de la persona y la parte social, como la existencia de una pareja sana.<sup>26,27</sup> Se reafirma que tener un bienestar general, con una buena salud mental y una sexualidad activa, aumenta la calidad de vida en la etapa de la vejez.<sup>7,13</sup>

Los factores físicos que influyen en una disminución de la sexualidad en la etapa de la vejez son las enfermedades,

como las disfunciones sexuales ya sean masculinas o femeninas.<sup>24</sup> Una de las enfermedades que se ha visto como más frecuente y que afecta a una sexualidad sana son las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades crónicas.<sup>7,28</sup> Las parejas de los pacientes que tienen mala salud se revalorizan el valor que se le otorga a la sexualidad.<sup>24</sup>

Como aspectos psicológicos importantes en esta etapa es la autovaloración por el sexo, la autoestima y la autopercepción de la sexualidad determina el bienestar sexual del individuo de edad avanzada.<sup>7,29</sup> Cuando esta se ve afectada también por las alteraciones físicas de un proceso oncológico, se ha observado el aumento de enfermedades psicológicas como la depresión y ansiedad.<sup>30,31</sup>

En el ámbito social la viudez puede ser un factor que limite a la libre exploración de la sexualidad durante la etapa de la vejez, puesto que algunos individuos de edad avanzada tienen que vivir con sus hijos. Cuando se pierde la independencia, es decir, se comparte espacios con más personas, se limita la intimidad y la posibilidad de conocer a nuevas parejas como de mantener relaciones sexuales. Otras veces son los pensamientos morales y éticos que llevan a no plantearse buscar una nueva pareja. La visión social de que los individuos mayores vivan plenamente su sexualidad está plagada de malas lenguas, puesto que son tachados de viejos veres o viudas alegres. Las limitaciones sociales pueden ser muchas y variadas y dependerá de cómo el individuo de edad avanzada vive su propia sexualidad.<sup>13, 24,32</sup>

Hay poca documentación sobre los viudos (hombres), al igual que en las personas ancianas viudas (mujeres) sí que se puede ver una percepción de la sexualidad ligada más a la moral de la religión, viendo la sexualidad como un deber marital y asociado a la procreación. No viéndolo como una expresión de su sexualidad y placer.<sup>13,32</sup>

Cuando se explora la espiritualidad de una persona se observa su historia de vida y esta está ligada a menudo con la religión. Es un factor que influye en la moral, en la ética y finalmente en la conducta sexual de la persona adulta de edad avanzada. Dependiendo de las doctrinas de esta religión la sexualidad queda más limitada. Pero el pertenecer a un grupo de creencias ayuda a fortalecer los lazos sociales, integrarse en un grupo, sentirse aceptado, respetado y a menudo encontrar un motivo de vida. Sea por encontrar una nueva pareja o formar parte de un todo.<sup>13</sup>

El interés por la sexualidad es muy variable en las personas de edad avanzada, algunos estudios muestran que para unos el sexo es inexistente como para otros se ha modificado su percepción de la sexualidad, siendo sus intereses más enfocados a las relaciones familiares, abrazos, caricias y otras expresiones sexuales. En algunos estudios se ha observado que en el rango de edad de los participantes más jóvenes daban más importancia al sexo que los que tenían más edad. Siendo los individuos más viejos los que tenían una disminución del interés por la sexualidad a nivel del deseo, erección, orgasmos y funciones eyaculatorias. Aun así, se ha visto que los individuos de más edad no es que no mantuvieran relaciones si no están eran menos frecuentes y su funcionamiento era menor. Podemos determinar que la edad es un factor que determina que, de los individuos de edad avanzada, a más edad menos interés por la sexualidad.<sup>13,24</sup>

Sin descartar que las personas mayores a más edad tienen peor salud (enfermedades físicas) y esto merma su interés por la sexualidad. Sin menospreciar los factores psicológicos (como la depresión) que también es una fuente de disminución del interés por la sexualidad en los individuos de edad avanzada.<sup>24</sup>

Cuando se entrevista a las personas mayores sobre la actitud de la sexualidad y clasificándola entre una actitud positiva o negativa. Los hombres de edad avanzada describen como una actitud positiva: Que en estos momentos la actividad sexual es importante para su calidad de vida, en su vida no le gusta el sexo y sería feliz si no tuviera más sexo. Las mujeres tienen una actitud positiva respecto al sexo de: La actividad sexual es una parte fundamental de una buena relación y la actividad sexual es un placer, pero no parte necesaria de una buena relación. La actitud negativa en ambos sexos es de: La actividad sexual es un placer, pero no parte necesaria de una buena relación y la actividad sexual es un deber de su pareja.<sup>22</sup>

El deseo sexual se pierde en ambos sexos según se va envejeciendo, pero no el interés.<sup>22</sup>

La percepción que tienen las personas mayores sobre su sexualidad es que puede ser activa, y esta cuando se vive en comunidad es más alta que los que conviven institucionalizados por la falta de intimidad.<sup>13</sup>

## SOCIEDAD Y LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Las actitudes sociales y todo aquello que se le atribuye a la gente mayor viene determinado por la cultura. Mientras unas respetan y veneran a las personas mayores como sabios o como personas de autoridad, otras como las occidentales los ven como seres pasivos y dependientes. Sin tener en cuenta que las generaciones actuales son hijas de la generación anterior, que son actualmente las personas viejas.<sup>19</sup>

Así que las vivencias de la vejez vienen determinadas por la historia geopolítica de los protagonistas, siendo esta desencadenante social de cómo vivir la propia sexualidad. Se ha descrito que la vejez está fuertemente relacionada con la sexualidad, pero no se asocia la sexualidad con el envejecimiento que está más relacionado con las creencias personales o las normas sociales. Aunque en general se determina que es un tema tabú y que mundialmente se tienen unos mitos muy similares que limitan y esconden la sexualidad en la etapa de edad avanzada.<sup>5,19</sup>

La sexualidad durante esta etapa suele ser escondida por vergüenza, desconocimiento, mitos y creencias erróneas. Algunas de ellos descritos como:<sup>5, 24, 22,32</sup>

- *Sucios.*
- *Menospreciándolos.*
- *Repugnante*
- *Las personas mayores son frágiles para la actividad sexual*
- *Los ancianos no son apetecibles sexualmente*
- *Es un tema para los jóvenes.*

- *Es gracioso.*
- *Son asexuales.*

Siendo estos mitos potenciados por los medios de comunicación.<sup>5</sup> Llevándolo al extremo de que carece de importancia en el bienestar global del anciano.<sup>33,34</sup>

Si socialmente no se acepta que las personas de edad avanzada puedan tener relaciones sexuales plenas estos no se abrirán para consultar sus dudas, problemas o alteraciones. Por ello hay escasez de conocimientos sobre este tema.<sup>33,24</sup>

Se ha descrito el término *Síndrome de ruptura de la sexualidad geriátrica* para describir los pasos involucrados en la internalización de las actitudes sociales que se tiene de la sexualidad en la edad avanzada. Están descritas como los pensamientos instaurados durante la vida de la persona para interiorizar, que por ser personas de edad avanzada tienen que ser personas asexuales (autoidentificarse como no sexual). Siendo este una descripción de la problemática social que hay, puesto que son prejuicios que se instauran desde de la infancia, pensamientos arraigados en la mente y reproducidos de generación en generación.<sup>32,34</sup>

Esta visión de la persona mayor asexual se percibe en los inicios de la sociedad industrial. Ya que se mide el valor personal en términos de utilidad social, aumentando aún más la susceptibilidad de que los jubilados, es decir las personas mayores, son inútiles en la sociedad. Y estos sentimientos de inutilidad son percibidos e integrados en los ancianos. Relacionando sus capacidades vitales y básicas.<sup>34</sup>

La sociedad se olvida que el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación.<sup>22</sup>

Para poder dar una respuesta a esta alteración social que limita a la persona mayor en su sexualidad, se determina que una de las dos partes (la sociedad o la persona de edad avanzada) debe cambiar.<sup>34</sup>

Al haber tantos mitos y falsas creencias de la sexualidad en la vejez se plantea que haya formación educativa sobre el tema en las clases de sexualidad.<sup>34,35</sup> Si somos conscientes de este echo estamos poniendo medios para que las generaciones posteriores no tengas o sufran este síndrome tan interiorizado, cuando lleguen a la edad avanzada y pueden vivir su sexualidad plenamente.

## VEJEZ, SEXUALIDAD Y SISTEMA SANITARIO

Cuando las personas de edad avanzada quieren buscar soluciones a sus problemas sexuales se encuentra con un sistema sanitario deficitario, no pudiéndole dar soluciones efectivas. Los motivos de esta precariedad Sanitaria pueden ser por falta de interés de las organizaciones sanitaria, falta de interés de los sanitarios y / o falta de formación de los profesionales sanitarios sobre la sexualidad en la etapa de edad avanzada.

Se ha visto que hay una fuerte actitud y practica negativa de los profesionales sanitarios a abordar el tema de la sexualidad con sus pacientes de edad avanzada.<sup>33,36</sup> Considerando que el sexo es un tema difícil del que hablar, esto se

agrava cuando el paciente es una persona de edad muy avanzada o con problemáticas más complejas.<sup>24</sup>

Cuando se ha consultado las limitaciones de tener esta conversación, los médicos de atención primaria argumentan no sentirse capacitados para abordar el tema, así que no son proactivos para tener que sacar la conversación durante las consultas. Sus miedos están basándose en estereotipos sociales, prejuicios y mitos sobre la sexualidad en la vejez. Los profesionales de atención primaria tienen miedo de ofender a la persona con preguntas tan íntimas. No obstante, son conscientes que son los profesionales sanitarios a los que las personas de edad avanzada se han de dirigir para resolver este tipo de dudas.<sup>5,24</sup>

Aun así, no es el único profesional de la salud que considera que no está preparado para abordar el tema de la sexualidad en la vejez. En el caso de las enfermeras consultadas, argumentaban tener miedo a perder la relación con los pacientes por abordaban dichos temas.<sup>24</sup>

Sin embargo, los profesionales sanitarios coinciden, en que el tiempo establecido de las consultas no era suficiente, para poder sacar el tema de la sexualidad.<sup>24</sup>

En cuanto a las especialidades médicas, se ha estudiado que es menos probable que los especialistas mentales evalúen a los individuos de edad avanzada sobre la sexualidad. En aquellos pacientes que muestran signos y síntomas depresivos, aunque se identifique una distinción sexual no se explora.<sup>24</sup>

En los profesionales sanitarios de las especialidades de oncología ginecológicas, estos argumentan no hablar de la sexualidad por vergüenza y falta de conocimiento o experiencia.<sup>7</sup> Aunque se sabe que tienen un papel importante en la promoción de la sexualidad de los pacientes oncológicos y que esta sea satisfactoria.<sup>30</sup> La educación sexual en los pacientes oncológicos por parte de sus especialistas es fundamental para su autoimagen y autoestima, disminuyendo así problemas psiquiátricos como la ansiedad o la depresión.<sup>31</sup>

En el campo de la especialidad de psicogeriatría el profesional sanitario se siente disgustado y con fuertes emociones de ira, derivado de los comportamientos a nivel del erotismo por parte de los pacientes con alteraciones neurológicas degenerativas. Las creencias del personal sanitario afectan a las actividades de los pacientes y sus familias para poder llevar a cabo sus relaciones sexuales con satisfacción.<sup>24</sup> Tener el consentimiento de un paciente con deterioro cognitivo siempre es difícil de evaluar y encontrar el límite de la moral y la ética.<sup>27</sup>

Con estos datos se ve reflejado que la actuación política y de educación sexual va enfocada a un grupo de edad más joven. Mostrando así el poco interés que hay en la sexualidad de las personas de edad avanzada.<sup>24</sup>

Respecto al paciente de edad avanzada cuando va al médico de cabecera a menudo va acompañado de un familiar, sea su pareja o hijos, seguramente no haya suficiente intimidad para que surja la entrevista sobre aspectos sexuales del paciente mayor. Es una limitación más que el sistema sanitario tiene.<sup>24</sup>

Sobre las personas mayores se observó que un 78% de las personas de ellas no habían comentado a su médico de cabecera los problemas de disfunción sexual, y que el 82% de los encuestados concretaban que preferían que dicha conversación la hubieran iniciado los profesionales sanitarios, sintiéndose menos avergonzados que iniciando el tema ellos mismos.<sup>37</sup>

Las mujeres ancianas cuando han de pedir ayuda a sus médicos de cabecera, argumentan que no han iniciado estas consultas antes por vergüenza, sentir que eran las únicas que experimentaban dichos síntomas y tener creencias incorrectas sobre la etiología de sus síntomas. Otras comentaban el miedo sobre que pensarán de ellas los profesionales sanitarios de atención primaria. Socialmente argumentaban que sus consultas eran hacer perder el tiempo a los sanitarios, menospreciando los síntomas que padecían.<sup>24</sup> Cuando la mujer pasa por un proceso oncológico-ginecológico, agradecen cuando su profesional sanitario le informa de los cambios en la función de sus órganos sexuales, que puede esperar durante las relaciones sexuales y poder tener la oportunidad de consultar.<sup>13,31</sup>

A menudo los profesionales sanitarios no son conscientes que detrás de un problema sexual, como conseguir o mantener una erección, puede haber un signo de una enfermedad no diagnosticada que precise tratamiento y / o un factor de riesgo de enfermedades cardíacas.<sup>28</sup>

Se ha evidenciado que la sexualidad en la vejez es algo positivo y como un deseo que siguen queriendo expresar en esta etapa de su vida.<sup>13,30</sup>

Los usuarios de edad avanzada del sistema sanitario piden que se incluya una visión abierta sobre la sexualidad, preservando en todo momento los deseos e intimidades de la persona anciana. Una educación sanitaria en estas edades fomentaría la tranquilidad de muchas personas.<sup>13,32</sup>

## VEJEZ, SEXUALIDAD Y ENFERMERÍA

Dentro de la formación y valoración de la enfermera están los modelos de enfermería. Son teorías que pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermera.<sup>38</sup>

Cada disciplina tiene su desarrollo y visión con teorías que permiten complementar, orientar y llevar a cabo los ejercicios que pretenden mejorar la atención al usuario.

Los modelos son la representación simbólica de la realidad de la práctica de la enfermera. Se desarrollan usando conceptos para culminar en una teoría. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.

Los 5 modelos de enfermería más estudiados:

- *Florence Nightingale*: 1920-1910 Es el modelo más extendido con la descripción de sus 14 necesidades. Con la teoría del entorno.
- *Virginia Henderson*: 1897-1996 El segundo modelo más conocido con 14 necesidades básicas. Recalcando el modelo de independencia.

- *Dorothea Oren*: 1914-2007 Con el objetivo de que el individuo lleve a cabo y mantenga las acciones necesarias para conservar la salud. La teoría del déficit de autocuidado.
- *Callista Roy*: 1939 Con el modelo de adaptación, describe 4 áreas para llevar a cabo dicha adaptación a la salud.
- *Hildegard Peplau*: 1909-1999 Con el modelo de relaciones interpersonales describe en 4 fases la relación enfermera-paciente y relaciona estas con los roles (6 tipos) que toma la enfermera.

En ningún modelo de enfermería se recoge la sexualidad dentro del marco teórico del ser humano. Y menos la sexualidad en la vejez.

Solo se encuentra la sexualidad en los patrones funcionales de salud de *Marjory Gordon*, aun no siendo descrito como un modelo sus patrones se estudian en la universidad como tal.

- Contiene 11 patrones en los que se encuentra la sexualidad.
- Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción. Alteraciones percibidas en las relaciones sexuales. Seguridad en las relaciones sexuales Satisfacción percibida por la persona y las alteraciones.
- Se valora el estado reproductivo y problemas relacionados, el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o postmenopausia y los problemas percibidos.
- La valoración y las alteraciones se evalúan a través de preguntas abiertas.

## TIPOS DE SEXUALIDAD

Sobre la sexualidad hay muchas formas y tipos de vivirla, dependiendo de las afectaciones patológicas, tendencias sexuales o situaciones vitales. Se experimenta y vive la sexualidad de una manera u otra.

Aquí tenemos una pequeña visión de algunas:

### ***Sexualidad de las personas mayores con enfermedades infecciosas de transmisión sexual***<sup>13,39</sup>

Las personas mayores con una enfermedad crónica de transmisión sexual también expresan el deseo de tener una vida sexual plena y satisfactoria.

Las mujeres por su disminución de la pared vaginal se consideran más vulnerables a contraer este tipo de enfermedades.

La educación sexual en este ámbito es esencial para que las relaciones sexuales sean seguras.

Pero el miedo a la sociedad a menudo les hace encerrarse en sí mismos y no explorar nuevos horizontes, es una barrera más que tiene las personas mayores con enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario hacer intervenciones específicas para mejorar la calidad de vida de esta población.

### **Sexualidad de los ancianos y las ancianas homosexuales**<sup>13,36,40</sup>

Los hombres mayores homosexuales se ocultan a la sociedad, vienen de unas generaciones en que la homosexualidad no era bien vista. Si los ancianos no se sienten respetados siguen ocultando sus inclinaciones sexuales.

Las disfunciones sexuales de las personas ancianas homosexuales no se diferencian de las disfunciones sexuales de las personas ancianas heterosexuales.

Los adultos mayores homosexuales institucionalizados se sienten invisibles ante el sistema, puesto que los espacios están pensados para los heterosexuales. Los propios profesionales sanitarios que trabajan en las instituciones comentan que es mejor que sigan manteniendo sus inclinaciones sexuales en silencio para evitar conflictos. Si ser un anciano institucionalizado es difícil mantener relaciones sexuales a los ancianos homosexuales se podría decir que imposible.

El sentimiento no cambia en las mujeres bisexuales y homosexuales, al sentir en situaciones abiertas y sutiles de heterosexismo y descremación. Creando emociones de ansiedad y aislamiento.

El estigma social de estas personas mayores homosexuales sigue siendo un reto que romper en la sociedad actual.

### **Sexualidad con deterioros cognitivos**<sup>27,36,41</sup>

Los pacientes con algún tipo de deterioro neurodegenerativo tienen las mismas necesidades sexuales que cualquier persona de edad avanzada.

Hay una controversia entre las investigaciones de cuáles son las conductas inapropiadas o apropiadas de las conductas sexuales asociadas a las personas mayores con demencia. Algunos creen que son el resultado de la desinhibición provocada por síntomas de demencia; que pueden incluir contacto sexual, desvestirse, masturbación, insinuaciones sexuales y manifestaciones implícitas (leer material pornográfico). Todo ello creando malestar a los usuarios presentes y/ o a la familia de la persona mayor con demencia. Otros creen que se pueden diferenciar entre ellas ya que no todas son inapropiadas y ponerlas en el mismo concepto puede ser contraproducente.

El entorno de las personas mayores tiende a tener la creencia que la sexualidad de estos carece de importancia, como ya hemos visto; justamente las personas con demencias se ven más desamparadas en el ámbito de la sexualidad puesto que se le da menos importancia.

Las parejas de las personas mayores con demencia son las primeras que no le dan el valor a la sexualidad. Asimismo, la gran mayoría de instituciones no contemplan que los pacientes institucionalizados de una forma permanente tengan necesidades sexuales. Eso no quiere decir que en otras no le den importancia y quieran establecer actuaciones y planes que ayuden a diferenciar a aquellas personas mayo-

res con demencia que podían dar su consentimiento para mantener una relación sexual de aquellas que ya no están capacitadas.

Los pacientes que padecen este tipo de deterioro pueden llegar a padecer abusos sexuales, en un estudio del 2006 se vio que de 284 adultos mayores que fueron víctimas de abusos sexuales el 60% padecía alguna enfermedad neurodegenerativa. Suelen ser las mujeres quienes padecen estos abusos. Los abusadores pueden ser tanto los familiares, lo cuidadores o el personal sanitario de la institución. La vulnerabilidad que tienen estos pacientes es tal que a menudo es difícil poder diagnosticar los abusos. Estos abusos causan sufrimiento y daños a la persona que los padece, aunque tenga una alteración neurológica.

El no dar acceso al paciente psico geriátrico a la resolución de sus necesidades sexuales puede acarrear altos costes morales y éticos, aunque es difícil determinar dónde está el límite.

### **La sexualidad en pacientes oncológicos**<sup>30,42</sup>

Los pacientes de edad avanzada puede que una de sus dolencias sea de origen tumoral y que este límite su vida sexual. Hay tumores que se ven influenciados directamente en los órganos sexuales o en algún proceso de la sexualidad. Sea por mastectomías que afectan a la autoimagen de la persona o radicalización de algún órgano genital que impida volver a mantener relaciones sexuales. Cuando se incorporan dispositivos (colostomías, urostomías, ...) no solo cambia la autoimagen si no como poder realizar otras actividades más íntimas sin que afecte o incomode.

Hay tumores que independientemente de su origen no afecta a la sexualidad, pero son tumores de diagnóstico diseminado y de rápida evolución, eso quiere decir que, aunque el paciente sea de edad avanzada el tumor es agresivo y no respeta el crecimiento celular. El mito que siempre se ha creído que por ser mayor el tumor crece más lento, no se cumple con estos cánceres.

A los pacientes de edad avanzada que padecen un cáncer, tienen los siguientes factores que pueden producir disfunciones sexuales del tratamiento que reciben de este:

- **Cirugía:** Puede dañar al sistema nervioso, órganos, cicatrizaciones o adherencias que dificulten cualquier relación sexual.
- **Quimioterapia:** Se relaciona con la pérdida de deseo sexual, así como de la frecuencia de las relaciones sexuales. Tanto en hombres como en mujeres. Como efectos secundarios relacionados con la sexualidad se han descrito, sequedad vaginal, dispareunia y reducción de la capacidad para llegar al orgasmo.
- **Radioterapia:** Los efectos secundarios no solo se relacionan con el malestar general (de la fatiga, náuseas o vómitos) sino que también la pérdida de epitelio vaginal y fibrosis vascular, carencia de lubricación y dispareunia, en el caso de las mujeres. En cambio, los hombres además del malestar general se les suma la dificultad de tener o mantener una erección por la lesión de los nervios, oclusión vascular o la reducción de testosterona.

- *Medicaciones varias:* Opiáceos, Aines, antidepresivos, Ansiolíticos
- *Terapia hormonal:* estos afectan directamente a las hormonas que crean el deseo sexual y ayudan a poderlo realizar. Inhibiéndolas para el tratamiento canceroso se detienen las relaciones sexuales.

El factor psicológico en estos pacientes es muy alto por la vulnerabilidad de salud que tienen. Los ánimos y los tratamientos derivados afectan a las relaciones sexuales. Así que es importante un asesoramiento durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Se considera que los profesionales sanitarios que tratan específicamente a pacientes con dolencias cancerosas deben tener una formación sobre la sexualidad en sus pacientes. Dentro del equipo se puede designar a un profesional de la salud, que esté disponible para resolver este tipo de temas más íntimos, que pueda detectar situaciones que requieran un tratamiento más específico para mejorar la sexualidad en sus circunstancias.

En el equipo oncológico se tendría que trabajar en coordinación con especialistas como psicólogos, ginecólogos, fisioterapeutas, urólogos y otros especialistas para que el equipo resuelva dudas en el ámbito de la sexualidad.

Los pacientes oncológicos de edad avanzada disfrutan de la sexualidad, aunque después de los tratamientos mono-específicos se les altera la actividad sexual y la frecuencia, tanto en hombres como en mujeres en un tiempo indefinido.

### **La sexualidad en pacientes paliativos<sup>43,44,45</sup>**

Según la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL) describe los cuidados paliativos como: Consiste en la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva, o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales, y cambiantes, con alto impacto emocional, social, y espiritual, y alta necesidad y demanda de atención. Estas demandas deben ser atendidas de manera competente con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias, y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias.

Estos pacientes pueden tener cualquier edad, pero principalmente se describen a los pacientes paliativos como los pacientes con cáncer, aunque los pacientes de geriatría y/o fragilidad también están en esta descripción.

Como hemos comentado anteriormente los pacientes oncológicos comentan la falta de consideración y atención de las necesidades de sexualidad, así que en los pacientes paliativos también hacen hincapié en esta falta.

Estos tampoco consultan las inquietudes sexuales que tienen por las vivencias, vergüenza y miedos personales, los prejuicios con la edad y sexo, la falta de sensibilización, tabús y construcciones sociales son algunas de las dificultades que se tiene de comunicación.

Los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes al final de la vida comentan las dificultades para tener una

visión holística y poder abordar estos temas. Esto no quiere decir que la comunicación está limitada, pero sí deficiente en los temas de la sexualidad.

De los estudios llevados a cabo sobre la sexualidad en pacientes paliativos se da a entender la importancia que le están dando los profesionales sanitarios a este tema, para poder dar una respuesta a la demanda de los pacientes terminales.

Las medidas que recomiendan son la planificación anticipada del cuidado e instrumentos como las directivas anticipadas, aun habiendo barreras como la falta de información, ocultación del diagnóstico y/o pronóstico de la enfermedad, la resistencia de la familia o del propio paciente, limitan los márgenes de actuación de los profesionales sanitarios.

Proponen buscar fórmulas para protocolizar la exploración de la sexualidad y garantizar una atención integral. Dando un abordaje de la atención sexual en la práctica clínica. Normalizando así las conversaciones sobre sexualidad entre profesionales sanitarios.

En definitiva, plantearse unas estrategias de abordaje de la atención a la sexualidad en la práctica asistencial, en pro de una mayor calidad de vida y bienestar, independientemente de las patologías u orientación sexual.

### **LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS**

Las personas ancianas que conviven en una institución tienen más barreras sociales que las que aún viven en sus casas. La falta de intimidad es la mayor incomodidad que tienen, pero no la única; los mitos, creencias y estereotipos impuestos por la sociedad sobre su ancianidad hacen que no se les respete las necesidades sexuales, que sí que necesitan expresar.<sup>13</sup>

Sobre las personas mayores hay que tener en cuenta que mucha de su ética y moral van ligada a la religiosidad. Estas influyen en la visión de la sexualidad y como llevarla a cabo. No obstante, el estar institucionalizado y juzgado constantemente no tan solo por los demás usuarios sino también por el profesional sanitario que los atiende, puede que estas limitaciones aun estén más autoimpuestas.<sup>13</sup>

Si desglosamos los factores que influyen en los condicionantes para una autopercepción de la sexualidad más negativa es el género femenino quien están más afectadas si los comparamos con los hombres en las misma situación de institucionalización.<sup>7</sup>

En cuestión de inicio en las actividades sexuales de un individuo que esta institucionalizado se ha descrito que es el género masculino es quien la inicia, si se compara con las mujeres. El interés ha ido aumentado en los últimos 10 años, este hecho se posible por las mejoras del tratamiento de la disfunción eréctil masculina.<sup>24</sup>

El personal sanitario que trabaja en las instituciones sigue la misma visión de la sexualidad en la etapa de edad avanzada que sus compañeros de Atención primaria y

otras especialidades. Siendo los primeros en no tolerar o aceptar las relaciones sexuales de las personas mayores incluso cuando su pareja esta institucionalizado con ellos. Es una barrera para la expresión de los usuarios. Siendo para algunos profesionales tan adverso que ponen barreras para que los usuarios de edad avanzada no puedan realizar las expresiones y / o actividades sexuales, argumentando que no entra en sus competencias. Los propios sanitarios saben que al menos uno de ellos ara burlas y bromas sobre el tema sexual de la persona anciana institucionalizada, menospreciando así a la persona y sus necesidades; seguramente sin ser consciente de ello.<sup>13, 22, 36</sup>

Las enfermeras que trabajan en centros de ancianos institucionalizados se sienten vulnerables ante los temas de expresión sexual de los usuarios. Sin saber cómo abordar o lidiar con ellos. Hay una controversia a la hora de actuar cuando se encuentran con una actividad sexual imprevista, entre el rechazo, el disculpar-se, sorpresa, compasión, ... La actitud de respetar la intimidad es la que más prevalece delante de una situación así.<sup>22, 36, 46</sup>

Los profesionales sanitarios que trabajan en las instituciones donde vive la gente mayor, ven una trasgresión de confidencialidad la información que se pasan de los turnos sobre las actividades sexuales de los usuarios, rompiendo así la intimidad de las personas mayores.<sup>36</sup>

Dependiendo el centro institucional tienen unos modelos de enfermería u otros, esos modelos puede que no contemplen la sexualidad y habría que revisarlos para introducir un protocolo adecuado.<sup>36</sup>

Se ha podido constatar la falta de formación educativa sanitaria en el campo de la sexualidad de los profesionales sanitarios que trabajan en las instituciones. Así que implantar un programa de actuación donde la sexualidad de los usuarios se tenga en cuenta. En ellos tiene que contar políticas de actuación de los principios éticos y legales que garantice el respeto a su privacidad e intimidad, su bienestar y la expresión de todas sus necesidades básicas.<sup>13, 24, 46</sup>

## LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO AGUDO

Se observa que los individuos de edad avanzada que están institucionalizados tienen más condicionantes sobre su sexualidad que en aquellos que no lo están. Los factores son multicausales, que influyen de una manera muy amplia en los factores individuales y sociales como son la edad, la enfermedad, mitos, perjuicios, el género y la menopausia.<sup>7, 47</sup>

Los pacientes de edad avanzada que requieren un ingreso en un hospital agudo son por motivos de vulnerabilidad y fragilidad. El estado vital es tan delicado que abordar temas de sexualidad no es contemplado por el equipo multidisciplinar de la unidad. Puesto que la prioridad es la de curar y mantener la vida.

Si como hemos visto los profesionales sanitarios de instituciones de largo ingreso no contemplan la sexualidad de sus usuarios e incluso algunos son capaces de hacer burla o bromas de mal gusto. Podemos deducir que los profesio-

nales sanitarios de hospitalización, como puede ser un ingreso por situación aguda, no consideran apropiado o una prioridad atender temas de sexualidad en un ingreso de corto tiempo. Puede ser una de las causas por las que no se han hallado estudios sobre la sexualidad de los pacientes hospitalizados en unidades agudas.

Los estudios encontrados son de pacientes de consultas externas de los hospitales, las personas ancianas se desplazan al hospital, para las consultas y / o visitas, para luego volver a la intimidad de sus casas.

## DISFUNCIONES SEXUALES

Como se ha comentado hay varios factores importantes que interactúan para una relación sexual sana, así que cuando uno de estos factores se altera hacer que dichas relaciones no sean satisfactorias creando así un problema.

Estos pueden ser de ámbito.<sup>9, 24, 28, 38, 48</sup>

- *Físico:* Las enfermedades crónicas, alteraciones físicas como las amputaciones, la mala salud de la pareja. Hay algún modelo de sexualidad que lo clasifica en tres tipos (natural, patológico y iatrogénicos)
- *Psicológico:* Los trastornos de salud mental o los estados de ánimo, las depresiones, ansiedades, estrés, ... Los problemas de pareja por mala comunicación, otras preocupaciones o estrés. También la personalidad de la persona (con alguna psicopatología que interfiera en el desarrollo sexual). Las experiencias sexuales que ha tenido esa persona, sobre todo si son negativas.
- *Social:* El estado civil es importante para poder llevar acabo una actividad sexual, cuando no se tiene pareja puede ser un gran inconveniente. La institucionalización se describe como un problema de privacidad. La parte educacional es importante, dependiendo de la generación (profundamente restrictivas). La parte económica puede afectar a su estado general creando una alteración sexual. En realidad, son múltiples factores sociales.
- *Espirituales:* Cuando las creencias y la moralidad impiden que un individuo puede satisfacer sus necesidades sexuales, aunque estas se compensan o se transforman en otro tipo de vivencia.

Las personas de edad avanzada suelen no consultar estas preocupaciones por miedo, vergüenza u otras emociones ya comentadas en capítulos anteriores. Estos individuos en la etapa de la vejez consideran a su médico de cabecera como la principal fuente de ayuda en relación con las dificultades sexuales, aunque muchos son reacios a pedir ayuda, incluso si les incapacita en sus vidas.<sup>24, 28</sup>

Según el modelo de Masters y Johnson si no llega al objetivo final, al orgasmo, los protagonistas ven la sexualidad con sentimiento de fracaso, al que lleva al aburrimiento y limitar sus experiencias sexuales.<sup>5, 8</sup>

Las enfermedades crónicas derivadas del envejeciendo y malos hábitos hacen que las alteraciones y disfunciones sexuales aumenten con la edad. Los medicamentos, ci-

rugías, enfermedades prostáticas, diabetes, enfermedades vasculares son algunas de las enfermedades que influyen en la disfunción sexual. Haciendo que los pacientes de edad avanzada tengan más problemas a medida que se van haciendo mayores, como, por ejemplo:<sup>5,24, 28, 49,53</sup>

- **Enfermedades vasculares:** Como la aterosclerosis produce obstrucciones y limita las funciones de la vascularización para poder realizar una actividad sexual efectiva.
- **Patología cardiovascular:** Como disfunciones sexuales se describen en el hombre la disminución de la libido, dificultad para la erección, eyaculación e impotencia. En las mujeres predomina la insatisfacción y el trastorno del deseo.
- **Enfermedades endocrinas:** Como la Diabetes: En los hombres más del 50% de los diabéticos tienen disfunción eréctil a los 10 años desde el diagnóstico, pueden tener trastornos de eyaculación precoz o retrograda y oligospermia. En las mujeres tienen dificultad para conseguir el orgasmo.

La disminución de la sensibilidad afectará a las caricias y tocamientos. La afectación micro y macro circulación dan múltiples disfunciones sexuales.

- **Patologías osteomusculares:** La artrosis y la artritis son las patologías más prevalentes en la ancianidad, disminuyendo la movilidad y limitando el movimiento por el dolor; provocando alteración en el comportamiento sexual.
- **Patología neurovascular:** Los accidentes cerebrovasculares se asocian a la disfunción sexual por miedo a que aparezcan de nuevo, las limitaciones físicas que dejan, disminución de la autoestima, ...
- **Neurológicas:** Se asocian con la disfunción sexual, como el Parkinson, Esclerosis múltiple, .... Todos los tratamientos para estas enfermedades pueden dar efectos secundarios de disfunción sexual.
- **La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la apnea obstructiva del sueño:** Por los bajos niveles de testosterona secundarios a hipoxia crónica se tienen disfunción sexual. La disnea que crea estas enfermedades puede limitar el mantener o no relaciones sexuales. El uso de corticoides de forma prolongada provoca hipogonadismo y hipogonadotrófico.
- **Patología ginecológica:** La inflamación de la vulva (Vulvovaginitis), lesiones en vulva, ectópicas o el prolapso genital causan dolor y requieren una valoración sanitaria y tratamiento específico.
- **Patología renal:** Por alteración de las hormonas sexuales hay falta de deseo sexual en ambos sexos. Y en los hombres provoca impotencia.
- **Nivel alto de colesterol.**
- **Hipertensión:** Como efecto secundario del tratamiento puede dar disfunción sexual.
- **Obesidad**
- **Síndromes metabólicos:** Implica un aumento de la presión arterial, de la insulina, grasa corporal y del colesterol.

- **Medicación:** Inmunosupresores, antidepresivos, medicamentos psiquiátricos, antiepilépticos, antiestamínicos, antimetabolitos, neurolépticos, opiáceos, hormonas y algunos antibióticos. Sus efectos secundarios pueden dar disfunciones sexuales a cualquier nivel.
- **Tratamientos contra el cáncer de próstata o el agrandamiento de próstata:** Las intervenciones quirúrgicas y sus tratamientos dan disfunción sexual masculina.
- **Enfermedad de la Peyronie:** Tejido cicatricial dentro del pene.
- **Abusos barbitúricos:** Crea un efecto de sedación, depresión del sistema nervioso central
- **El alcoholismo:** Puede producir disfunción eréctil al aumentar los estrógenos y disminuir la testosterona.
- **Consumo de tabaco**
- **Heroína, morfina, codeína y metadona:** Crean una depresión del sistema central y de los centros sexuales.
- **Estrógenos, esteroides, adrenalínicos y cortisona:** Anulación del centro cerebral que actúa sobre la sexualidad.
- **Alteración del sistema límbico:** Es un sistema que conecta los sentimientos, pensamientos, memoria y presente. Todo gobernado por el placer o el dolor. Cualquier alteración o estimulación puede deprimir otra función. Creando así una alteración sexual.
- **Cirugías o lesiones que afecten la zona pélvica o la médula espinal.**
- **Incontinencia urinaria:** Hay una disminución de la sexualidad por padecerla. Las infecciones urinarias crean dolor que limitan más la sexualidad.

Los problemas o alteraciones durante las relaciones sexuales que pueden tener las personas mayores suelen diferenciarse según el género, pero hay un punto común ya que el diagnóstico de una disfunción sexual es el mismo en ambos géneros, cuando el individuo de edad avanzada no puede participar en una relación sexual como debería.<sup>24,49,50</sup>

- **El trastorno del deseo sexual descrito como:** Deficiencia persistente o recurrente o ausencia de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse. Es frecuente en ambos sexos, aunque más prevalente en las mujeres. Esta apatía no solo en las relaciones sexuales, sino también en toda conducta sexual.
- **La anorgasmia es un trastorno del orgasmo que se describe como:** Una ausencia o retraso del orgasmo durante una actividad sexual normal. Afecta tanto a hombres como mujeres (siendo estas más frecuentes en padecerla). Los factores son psicológicos frente a los orgánicos, causando malestar acusado o dificultades para relacionarse.
- **El hipogonadismo se define:** Como una afección en la cual los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres producen pocas o ninguna hormona sexual. El

hipogonadismo hipogonadotrópico es una forma de hipogonadismo que se debe a un problema con la hipófisis o el hipotálamo. Las causas pueden ser muy diversas tanto hormonales, psíquicas o físicas.

El resto de las alteraciones se dividen según el género:

### **Masculinas**

Las causas que provocan una disfunción sexual masculina como la disfunción eréctil está envuelta de muchos factores, ya que intervienen: EL cerebro, hormonas, emociones, los nervios, los músculos y los vasos sanguíneos. El hipogonadismo conjunto con la disfunción eréctil son las más prevalentes, aumentándose con la edad.<sup>24</sup>

EL trastorno sexual más evidente, por el que se hacen más consultas y causa más malestar a los hombres es la disfunción eréctil (la disminución de la potencia fisiológica se describe como la capacidad de tener una erección suficiente para tener relaciones sexuales el mayor tiempo posible). Esta impotencia debe durar un periodo mínimo de 3 meses. Si persiste en el tiempo la persona se genera una baja autoestima, estrés y puede contribuir a causar problemas en las relaciones.<sup>24</sup>

No se puede cuantificar cuantas personas sufren de disfunción eréctil por escasos datos epidemiológicos. Aunque a nivel mundial se estiman que la sufren más de 100 millones de hombres, sin cuantificar los factores relacionados con la edad y enfermedades crónicas. Así que nuestro grupo de edad avanzada se sumaría a los 100 millones de hombres.<sup>24</sup>

Se describen cuatro tipos principales:<sup>5</sup>

- **Disfunción eréctil:** Es la más predominante de las disfunciones. Determinada por las enfermedades vasculares. Se define como la incapacidad persistente para conseguir o mantener una erección que permita una relación sexual satisfactoria.
- **Disminución del deseo:** Los factores pueden ser múltiples, incluyendo la salud general, disminución de los niveles de testosterona o problemas psicosociales, preocupaciones.
- **Eyaculación precoz:** Es la explosión del semen prematuramente, sin que este lo desee, de forma recurrente en respuesta a la estimulación sexual ya sea antes, durante o después de la penetración. Las causas son múltiples.
- **Problemas psicológicos:** Se incluye la ansiedad por el desempeño. La ansiedad por el desempeño y la masculinidad hasta el punto que esos mismos pensamientos provocan la disfunción sexual. Esta también puede ver cuando se sospecha de una infidelidad o cuando se está en duelo.
- **Trastorno por dolor en el pene:** Puede ser derivado a secundario a tratamientos farmacológicos o durante las relaciones sexuales por vaginismo de la mujer.

### **Femeninas**

Las alteraciones sexuales que padecen las mujeres y su diagnóstico no tienen los criterios tan objetivables como en los casos de disfunción sexual del género masculino.<sup>24</sup>

Los antecedentes patológicos de las mujeres también pueden alterar las relaciones sexuales como una mala salud física, cáncer, tratamientos quirúrgicos o la incontinencia urinaria.<sup>5,24</sup>

Estas alteraciones fisiológicas que afectan a las relaciones sexuales también tienen un gran componente social, en el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, de las actividades cotidianas como ir en bicicleta o permanecer sentado mucho rato y de autoimagen femenino. Teniendo más peso que en las alteraciones del género masculino de edad avanzada.<sup>24</sup>

El retraso a la consulta de las alteraciones sexuales que tiene una mujer se diferencia respecto a la de los hombres, con el miedo y la vergüenza de consultar sobre el tema con los profesionales sanitarios más que el género masculino. El miedo a que piensen o que sea anormal por querer seguir teniendo una relación sexual sana y satisfactoria. Pero les diferencia principal es que las mujeres no comentan estas disfunciones sexuales con su propia pareja.<sup>24,51</sup>

Las mujeres tienen una controversia respecto al diagnóstico de las disfunciones sexuales que padecen, se incluyen.<sup>5,24, 50,52, 53</sup>

- **Trastorno de la excitación:** Incapacidad persistente o recurrente para alcanzar, o mantener hasta la finalización de la actividad sexual, una respuesta adecuada de lubricación, aceleración de los latidos del corazón tensión muscular e inflamación derivadas de la excitación sexual, lo que causa un malestar acusado o dificultades para relacionarse. Las causas son de factor psicológicos como el miedo al fracaso o ansiedad que este miedo provoca.
- **Vaginismo:** Contracción involuntaria recurrente o persistente de la musculatura del tercio exterior de la vagina que impide el coito y causa malestar acusado o dificultades interpersonales. Habiendo tenido una experiencia dolorosa, las siguientes relaciones sexuales serán comprometidas por el recuerdo anterior y por lo tanto la respuesta será de tensión e imposibilidad de relajación muscular vaginal.
- **Dispareunia:** Dolor genital recurrente o persistente asociado al coito que causa un malestar acusado o dificultades interpersonales. Causado por falta de lubricación vaginal. Suelen ir asociados al vaginismo.
- **Urogenital:** Identificada subjetivamente como picazón, dolor, sequedad, dolor vaginal durante las relaciones sexuales. Causando molestias en las mujeres postmenopáusicas.

Se estudio el efecto de los sentimientos de las mujeres respecto a los efectos de dichas alteraciones, se observó que daba mucho dolor y disminución por el interés sexual, llegando a quejarse por no tener una respuesta farmacológica respecto a las disfunciones masculinas. Aunque como ya se ha expresado anteriormente en el caso de las disfunciones femeninas la parte psicoemocional tiene más peso que en las disfunciones masculinas.<sup>5,24, 53</sup>

## COMO LOS PROFESIONALES SANITARIOS PUEDEN AYUDAR A LAS PERSONAS MAYORES PARA MEJORAR SU VIDA SEXUAL

Los profesionales sanitarios han de estandarizar sus cuidados en el ámbito de la sexualidad. Y para poder llevar un buen acompañamiento en las dudas y alteraciones sexuales de las personas de edad avanzada, los profesionales sanitarios tienen que tener una base formativa sobre el tema y tener unas buenas habilidades comunicativas.<sup>5,24</sup>

El profesional sanitario ha de haberse trabajado los prejuicios y creencias personales sobre la sexualidad en la vejez. Siendo consciente y lidiar con sus propias reacciones emocionales y actitudes frente al paciente. Sin que los prejuicios afecten a las actuaciones que deba ejercer sobre el paciente. El profesional sanitario puede volcarse en el equipo multidisciplinario cuando lo necesite o sea posible.<sup>2,24</sup> Así que los profesionales sanitarios han de:

- *Mostrar un comportamiento profesional.*
- *Sentirse cómodos con el tema de la sexualidad en las personas de edad avanzada.*
- *Ser comprensivos y empáticos.*
- *Indagar sobre la función sexual de la pareja del paciente.*
- *Plantear el tema de la salud sexual de forma rutinaria.*
- *Transcribir la información en la historia clínica del paciente.*

La entrevista tiene ser llevada en un espacio adecuado de intimidad y de poder tener tiempo para que haya la suficiente complicidad, confianza para abordar un tema tan personal. Siendo esta respetuosa.<sup>5</sup>

Intentar que durante la entrevista el paciente se sienta cómodo con los acompañantes que haya traído, puesto que estos pueden interferir en dicha intimidad. Ya sean familiares directos como pareja o hijos.<sup>5</sup>

Antes de iniciar la evaluación hay que pedir permiso para poder hacer preguntas en el ámbito personal e íntimo.<sup>5</sup>

Una vez el espacio y el clima sean los adecuados hay que hacer una buena anamnesis de la etología que ha derivado a una disfunción sexual.<sup>5,38</sup>

- *Edad*
- *Sexo*
- *Lugar de residencia* (Institucionalizado, en su domicilio)
- *Enfermedades crónicas*
- *Antecedentes de iatrogénica* (Cirugías, trauma, ...)
- *Medicamentos habituales*
- *Medicamentos puntuales o sin receta*
- *Valores personales sobre la sexualidad: Morales, éticos, religiosos...*
- *Síntomas del tracto urinario* (Incontinencias o alteraciones)
- *Antecedentes sexuales*

- *Satisfacción sexual que tiene.*
- *Entono social que tiene para poder tener las relaciones sexuales.*
- *Tiene masturbaciones* (Especificar si hay algún tipo de malestar)
- *Tipo de disfunción*
- *Momento*
- *Gravedad*
- *Frecuencia*
- *Duración de la preocupación sexual*
- *Características de la relación*
- *Preocupación de alguna enfermedad durante las relaciones sexuales*
- *Preocupación de algún dispositivo* (tipo ostomía, ...) *durante las relaciones sexuales.*
- *Sobre la pareja sexual:*
  - *Pareja sexual estable o cambios de pareja.*
  - *Estado físico de la pareja.*
  - *Comunicación de pareja.*
- *En caso de las mujeres:*
  - *Número de hijos.*
  - *Número de abortos o no hay.*
  - *Anticonceptivos o no.*
  - *Menarquia.*
  - *Ultima menstruación.*
  - *Síntomas de la atrofia urogenital* (puesto que, si no causa molestia, no suelen consultar por el)
- *En el caso de hombres:*
  - *Problemas de próstata.*
  - *Disfunción sexual previas.*
  - *Erecciones matutinas.* Descripción (firmes, como siempre, ...)
  - *Frecuencia de las erecciones matutinas.*
- *Historial completo y la realización de un examen físico* (examen neurológico, sistema genitourinario, sistema endocrino, tensión arterial, pulsos femorales y del pie).
- *Algunas preguntas abiertas:*
  - *¿Es sexualmente activo? Pedir especificaciones.*
  - *¿Cómo afecta la enfermedad a su sexualidad? ¿Qué preocupaciones tiene?*
  - *¿Es una relación física una parte importante de su vida? ¿Hay áreas que le intense mejorar?*

- En el caso de más convivientes en el domicilio o falta de intimidad, consultar si encuentran ese espacio de intimidad o no.
- ¿Su pareja expresa preocupación respecto a su sexualidad?
- ¿Tiene problemas en la menopausia?
- ¿Tiene relaciones de riesgo?

Una vez se ha recogido toda la información hay que acompañar y ayudar a los usuarios que se han confiado su intimidad. La actitud que debe tener el profesional sanitario y que Gordon describe para la disciplina de enfermería son:

- Detectar problemas o alteraciones en la sexualidad.
- Información de los cambios fisiológicos normales.
- Información de los cambios emocionales normales.
- Facilitar Educación sexual.
- Resolución de dudas.
- Educación sobre las opciones de estilo de vida sexual.
- Ayudar a conocer su propia sexualidad y sentirse bien con ella.
- Aceptar la sexualidad como un área importante de intervención de Enfermería.
- Conocer el crecimiento y desarrollo sexual en el ciclo vital.
- Tener los conocimientos de sexualidad básica (tratamientos y problemas de salud que influyen en esta disfunción).
- Aptitudes de comunicación terapéutica.

Mantenerse siempre predispuesto a nuevas consultas sobre el tema ayuda a mantener una relación de confianza profesional sanitario- Usuario de edad avanzada.

## TRATAMIENTO

Los tratamientos pueden ser variados y muy distintos entre ellos, la prevención es un tratamiento que hemos de tener en cuenta. Como dice el refrán: "más vale prevenir que curar", La mejor prevención es una buena *educación sanitaria sobre la sexualidad durante la etapa de la vejez*. Hay algunos estudios que han demostrado que si se hace una atención primaria en pacientes de edad temprana sobre las disfunciones sexuales estas mejoran.<sup>54,55</sup> Algunas de las indicaciones son:

- *Aumento en la actividad física.* (Aeróbica, 30 a 45 min 3 veces a la semana)
- *Dieta adecuada rica en frutas, verduras, frutos secos* (Omega 3, aceite de oliva, ...)

Estas indicaciones en atención secundaria también ayudan a mejorar los síntomas de las disfunciones sexuales. Teniendo además un efecto positivo sobre las manifestaciones psicológicas.

Los tratamientos de atención secundaria para la disfunción sexual han de ir dirigidos a su etiología. El origen es multifactorial y necesita un enfoque multidisciplinar para llegar a su relación. Puesto que hay que individualizar mucho cada caso, ya que se puede requerir la intervención de un especialista sea cirujano, ginecológico, psicólogo o urólogo según las necesidades del caso.

El tratamiento se recomendará basándose en las causas subyacente de la disfunción sexual. El enfoque interdisciplinario, centrada en la persona, incluyendo los aspectos psicosociales y de relación; es útil para abordar estos temas complejos.

Como tratamientos para los factores psico-emocionales estaría el tratamiento de pareja:<sup>9,54,55</sup>

- *La terapia de pareja:* Se basan en un compendio de técnicas psicoterapéuticas orientadas a resolver o minimizar la disfunción sexual. Buscando la causa que la origina, como tratamiento se facilita tratamiento farmacológico, terapia de adaptación i /o rehabilitación.
- *La terapia sexual:* Pueden abordar problemas interpersonales y de relación de pareja. Muchos problemas vienen derivados por la falta de comunicación, la participación de ambas partes ayuda a la resolución de la disfunción sexual.
- *Modelo de actuación tipo ecléctico:* Incorporación de distintos enfoques terapéuticos (sistémico, farmacológico, psicodinámico y conductual). El objetivo de la intervención es mejorar la sintomatología. Las sesiones son estructuradas, intervenciones integrales para modificar actitudes, dinámicas y conductuales para así poder resolver conflictos subyacentes. El tratamiento está basado en la pareja, utilizando técnicas de procedimientos conductuales, experiencias sexuales, estructuradas, fantasías, reconocimiento corporal, ejercicios musculares, biofeedback, entrenamiento asertivo, técnicas de relajación, masaje e hipnosis, hasta el uso de expresiones gráficas de la sexualidad y aditamentos o accesorios.

Un tratamiento que se puede tener en cuenta antes o durante el resto de los tratamientos (Psicoemocional y/o farmacológico,) son las terapias alternativas, entre ellas están:<sup>56, 57, 58, 59,60</sup>

- *Talleres de artes creativas:* Como son arte-terapia, musicoterapia, biodanza, risoterapia, drama artes teatrales. Se ha estudiado que en los pacientes de edad avanzada estas terapias dan una influencia positiva en la salud sexual, puesto que aborda algunos trastornos emocionales, como la ansiedad o la depresión. Desarrollando la creatividad del individuo, superando sus miedos, emociones, expresando sus deseos, fantasía y desarrollando la motricidad.
- *Aceites esenciales:* Son compuestos altamente concentrados que se han extraído o destilado de las plantas. Entre sus tratamientos se encuentra:
  - *Aceite de Jazmín para masajes:* Afrodisíaco natural, ayuda al nerviosismo y la ansiedad, dando confianza y de dicha eufórica.

- Aceite de Pachuli para masaje: Efecto de equilibrio de la mente.
- Esencias florales: También conocida como bebida espirituosa, es un conjunto de aceites esenciales que ayudan al trastorno del deseo en mujeres.
- **Fitoterapia:** Se entiende como el tratamiento de las enfermedades a través de las plantas.
  - La *Maca* es la que más recomiendan para el trastorno del deseo (más eficaz en hombres que en mujeres, aunque las mujeres también notan un cambio).
  - La *Grasiella* entre otras características como tónico y vigorizante aumentando la vitalidad sexual.
  - La *Zarzaparrilla* se utiliza en Centro y Sur América para las disfunciones sexuales.
  - El *Ginseng* su acción farmacológica conduce a un aumento del deseo sexual, incrementando la libido y mejora la erección y en la satisfacción.
- **Homeopatía:** Se caracteriza por el uso de remedios carentes de ingredientes químicos activos.
  - *Argemone mexicana*: Ayuda al deseo sexual con debilidad
  - *Argentum nitricum*: Para la disfunción eréctil masculina. En las mujeres ayuda el sistema nervioso del clítoris.
  - *Ambrosia artemisiaefolia*: Para las erecciones masculinas violentas sin sensación voluptuosa.
  - *Armónium carbonicum*: Para las erecciones masculinas sin deseo. En las mujeres ayuda a no tener aversión al otro sexo.
  - *Calcarea Arsenicosa*: Per ayudar al poder sexual.
  - *Caldium*: Disfunción sexual masculina durante la erección.
  - *Comocladia dentada*: Para el trastorno del deseo.
  - *Damiana*: Para la debilidad sexual.
  - *Graphites*: Disfunción sexual masculina durante la erección.
  - *Lycopodium*: Disfunción sexual masculina durante la erección y cuando se pierde el deseo sexual.
  - *Psorinum*: Disfunción sexual masculina durante la erección.
  - *Thyroi Dinum*: Para ayudar cuando en el hombre hay erección sin deseo sexual.
- **Las flores de Bach:** Son la esencia de unas plantas que trabajan a nivel emocional a través de su vibración. No trata directamente los problemas físicos si no la parte subyacente de la emoción.
  - *Wild Rose*: Para cuando se está desmotivado y se tiene poco interés.
  - *Olive*: Agotamiento físico y/ o mental. Aporta nuevas energías.
  - *Hornbeam*: Ayuda a ver las cosas diferentes, des de otra perspectiva lo cotidiano; a vivir cada día de una forma intensa.
  - *Crab Apple*: Ayuda a la autoaceptación y facilita los procesos de purificación y limpieza.
  - *Star of Bethlehem*: Para cuándo se han tenido experiencias traumáticas o desagradables durante las relaciones sexuales. Libera las cargas emocionales del pasado.
  - *Larch*: Falta de confianza en uno mismo. Aporta la autoconfianza y a ayuda a enfocar las situaciones des de una perspectiva más realista.
  - *White chestnut*: Para dejar de dar vueltas a las cosas, sean preocupaciones o de un tema. Aporta paz mental i calma interior.

Los tratamientos también se han de ver según el género ya que las gónadas y las hormonas responsables de la sexualidad no son las mismas.

### Masculino

El tratamiento para la disfunción sexual masculina debe ir dirigido de menos invasivo a más invasivo.

Para poder mantener la potencia fisiológica (la capacidad de tener una erección suficiente para tener relaciones sexuales el mayor tiempo posible). Se iniciará con tratamiento psicossocial.<sup>28,61</sup>

Cuando estas no son efectivas o como complemento al tratamiento psico emocional se recomienda el inicio del tratamiento farmacológico.

Los Inhibidores de fosfodiesterasa, hay 5 tipos:<sup>28, 59,62, 63</sup>

- **Tadalafilo:** Aumenta el flujo sanguíneo en el pene siempre en presencia de estimulación sexual. Ingerir 30 minutos antes de mantener una relación sexual y su eficacia puede llegar a 24 horas. Los alimentos no afectan la absorción del medicamento. *Efectos secundarios:* generalmente son leves como; dolor de cabeza, rinitis, enrojecimiento facial o dolores musculares.
- **Vardenafilo:** Aumenta el flujo sanguíneo en el pene siempre en presencia de estimulación sexual. Ingerir entre los 25-60 minutos antes de las relaciones sexuales y su eficacia dura 5 horas. Se retrasa el efecto del medicamento (concentración del fármaco en sangre) si se ingiere alimentos en alto contenido graso. Aunque no se altera si se administra de forma bucodispensable. Los efectos secundarios son generalmente leves como el dolor de cabeza, náuseas, mareos o rinitis.
- **Sildenafil:** Aumentado el flujo sanguíneo del pene con presencia de estimulación sexual. Ingerir una hora antes de empezar la actividad sexual y su eficacia dura 5 horas. Afecta su eficacia si se ingiere con alimentos ricos en grasas. Los efectos secundarios pueden ser cefalea,

sofoco, trastornos gastro intestinales o visuales. Como contradicciones no se puede administrar a pacientes que tengan rinitis pigmentosa.

- **Avanafil:** Aumenta el flujo sanguíneo en el pene siempre en presencia de estimulación sexual. Ingerir 30 minutos antes de mantener una relación sexual y su eficacia puede llegar a 6 horas. Afecta su eficacia si se ingiere con alimentos ricos en grasas. Los efectos secundarios pueden ser cefalea, sofoco, trastornos gastro intestinales o visuales, mareos, rinitis.

Las contraindicaciones de estos medicamentos son:

- **Nitratos vasodilatadores.**
- **Antagonistas alfa-adrenérgicos.**

Ya que pueden provocar hipotensión y taquicardia refleja.

Se ha de animar a que si una vez no le funcionan sigan probando, no se desanimen fácilmente.

Los agonistas dopaminérgicos:

- **El Clorhidrato de apomorfina:** actúa a nivel mesencéfalo e hipotálamo. De eficacia moderada.

Los efectos secundarios: Puede provocar síncope vaso vagal (náuseas, vómitos, mareos, sudoración y palidez).

Contraindicado en caso de angina de pecho, insuficiencia cardíaca grave o hipotensión arterial.

Los antagonistas alfa-adrenérgicos: Son de efectividad escasa; siendo más eficientes cuando la etiología es psicógena (Enfermedad o trastorno producido por factores psicológicos o emocionales. Términos relacionados: Delirio sensitivo de relación).

Cuando estos fallan se puede recurrir a tratamientos más invasivos:

- **Inyección vasoactiva intracavernosa:** Se administra mediante una inyección intracavernosa del pene un medicamento que relaja el musculo liso y permite que se incremente notablemente el flujo de sangre que llega al mene. Se produce la erección independientemente de estimulación sexual o no.

Produciendo una erección de 10-15 minutos.

Los medicamentos que se administran son: Aprostadil con posibilidad de combinarlo con otros fármacos y así aumentar su efectividad.

Actualmente este medicamento se puede administrar vía supositorios o por gel.

Contraindicaciones: No administrar si tiene alergia a algún componente, puede presentar Priapismo (Erección persistente y dolorosa del pene) o tener interacción con medicación anticoagulante.

Efectos secundarios: Enrojeciendo de la zona de punción, priapismo después de 4 horas, si esta dura más de 2- 3 horas contactar con un facultativo.

- **Erección de vacío (también llamado bombas penianas):** Es un tubo o bomba que se coloca en la base del pene con el objetivo de crear el vacío, la sangre es conducida al pene para que cree una erección. La banda se coloca en la base del pene para ayudar a mantener la erección.
- **Cirugía vascular penana:** Incluye dos técnicas quirúrgicas diferentes, la revascularización arterial microquirúrgica y la ligadura de la vena dorsal por fuga venosa del pene,
- **Prótesis de pene:** Es el último recurso terapéutico que se aconseja.

Consiste en una intervención quirúrgica, se hace una incisión en el escroto y se pone la prótesis más optima (tomando medición de longitud y grosor).

Complicaciones: Perforación de los cuerpos cavernosos durante la dilatación, colocación cruzada y lesión uretral durante el implante. Fallo mecánico de la prótesis, erosión de los cilindros y infección de la prótesis.

### **Femenino<sup>49,50</sup>**

Al igual que en el tratamiento masculino hay que empezar por el tratamiento menos invasivo e ir aumentando según se vaya precisando.

Cada caso es específico e individualizado, en las mujeres hay que tratar el tema con más precaución por los pensamientos morales y éticos que conlleva la sexualidad. No obstante, no hay que menospreciar el aporte de los especialistas en el campo de la sexualidad femenina.

Las mujeres suelen tener la parte más emocional y psicológica a flor de piel en estos temas y según la generación es más un tabú. Así que empezar por el tratamiento psicológico o por un especialista de sexualidad puede aportar mucha información, acompañamiento, enseñanzas personales y autoestima. Y complementarse con el tratamiento farmacológico autorizado.

La fisiología de la mujer suele ser más desconocida para esta, a menudo bajo el manto de la vergüenza, así que en edades avanzadas es importante informar del envejecimiento sano que tiene su cuerpo, asimismo poder normalizar algunos síntomas. Seguir con la educación sexual será fundamental para acabar de establecer cierta normalización a la sexualidad sana y placentera de la mujer.

La fisioterapia pélvica puede ayudar a las mujeres con disfunción en el suelo pélvico y con dispareunia. No hay estudios al respecto, pero si potenciamos la musculatura perianal para evitar la incontinencia urinaria, mejoramos la musculatura para las relaciones sexuales. No hay que descartar los cambios en el estilo de vida, incluida la dieta y el ejercicio, promueven la mejora de la imagen corporal.<sup>5</sup>

Como otras opciones tenemos la farmacología para combatir la atrofia y sequedad vaginal produciendo dispareunia y a su vez el trastorno del deseo sexual, que es creada por la menopausia (al disminuir la cantidad de estrógenos). Así que introducir una terapia hormonal sustitutiva ayuda a tener menos atrofia vaginal y sequedad, asimismo

la motivación sexual y los coitos son mayores. Tiene limitaciones y complicaciones (cardiovasculares), pero estas son menores cuando se aplican en formas de geles hidratantes y cremas vaginales.<sup>5,49</sup>

Hay pocos tratamientos farmacológicos aprobados para la disfunción sexual femenina en edad avanzada. Alguno de los siguientes fármacos aún está en estudio:<sup>5,49,50</sup>

- **Testosterona:** El objetivo es mejorar de la disminución del deseo sexual.

Su comercialización está en vía oral, parches y cremas.

Efectos secundarios: Acné, hirsutismo y alopecia. testosterona oral también se ha asociado con alteraciones en el metabolismo lipídico y en la función hepática. Se recomienda un tratamiento a corto plazo.

Se está trabajando en otra formulación intra nasal que produciría menos efectos secundarios.

- **Estrógenos:** Con el objetivo de tratar síntomas de atrofia vaginal y puede mejorar la dispareunia. Mejorar indirectamente el deseo sexual y la excitación por el aumento de la lubricación y el flujo sanguíneo vaginal. Se recomienda esta terapia para los síntomas severos.

Su comercialización es en anillos vaginales, cremas o comprimidos vaginales

- **Ospemifeno:** Es un modulador selectivo de los receptores estrogénicos, con la indicación para el tratamiento de la dispareunia moderada-severa.

Se comercializa en comprimidos. Es una alternativa a los estrógenos si estos deben evitarse o están contraindicados.

Efectos secundarios: Sofocos, aumento del riesgo de tromboembolismo, flujo vaginal, calambres en las piernas y sudoración.

- **Cremas hidratantes y lubricantes vaginales:** Para el tratamiento de la dispareunia. Estas se aplican todos los días en forma de gel o líquido y reponen la humedad vaginal y pueden proporcionar alivio de 3 a 5 día.

- **Otros:**

- **Alprostadil:** Es un medicamento pensado para la disfunción sexual masculina pero cuando se traslada a la disfunción sexual femenina (el alprostadil tópico), ha demostrado que aumenta el flujo sanguíneo en la zona vaginal mediante la relajación del músculo liso y vasodilatación. Efectos secundarios: Ardor e irritación vaginal.

- **Apomorfina:** Es un agonista no selectivo del receptor de dopamina que actúa a nivel del sistema nervioso central, y se piensa que puede mejorar la respuesta sexual a estímulos. Su comercialización aún se está estudiando, pero sería sublingual. Efectos secundarios: Náuseas, vómitos, olor de cabeza y mareos.

- **Bremelanotida:** Es un análogo sintético que estimula al sistema nervioso central, lo que aumenta la excitación

sexual y el deseo. Se comercializa en tratamiento subcutáneo. La presentación nasal daba hipertensión. Efectos secundarios náuseas, dolor de cabeza y enrojecimiento.

- **Dehidroepiandrosterona (DHEA):** Son hormonas esteroideas producidas en las glándulas suprarrenales, el hígado y los testículos en los hombres. Esta aumenta la libido de las mujeres. Su comercialización está en Vía Oral y crema intravaginal. Efectos secundarios: en vía oral se describen acné e hirsutismo. A dosis altas se suman pérdida de cabello, voz más ronca, resistencia a la insulina, cambios en el patrón menstrual, disfunción hepática, dolor abdominal e hipertensión.

- **Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5):** (sildenafil, tadalafilo, avanafilo y vardenafilo) Siendo efectivos en la disfunción sexual masculina, en las mujeres pueden ser eficaces en mujeres con DSF secundarias al uso de los ISRS y además, ser eficaces en mujeres con diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual.

## CONCLUSIONES

Las personas mayores pasan por un estado vital de cambios y decadencia generalizada, la adaptación a estos cambios no es fáciles y nada acompañados por la sociedad y cultura.

Así que es importante que el individuo tome riendas de su vida para anteponerse a estas pérdidas físicas, emocionales, sociales e incluso espirituales. Buscar la ayuda no es fácil, pero si el sistema lo permite, el individuo de edad avanzada se pueda unir a grupos de semejanza. Creando así lugares de reunión donde abordar dichos temas:

- Seminarios de profesionales sanitarios donde aborden el tema de la sexualidad en a la etapa vital.
- Espacialitas en talleres creativos.
- Grupos de autoayuda, para afrontar las diferentes adversidades que tiene la vejez.
- Promover des de atención primaria una consulta especializada en problemas sexuales de las personas mayores.

Facilitar una buena educación cultural sobre la sexualidad en la sociedad actual para así respetar a todos los individuos independientemente de la edad que se tenga o tendencias sexuales. La educación empieza en casa, pero la sociedad debería responsabilizarse de dar una educación sexual generalizada a todos los miembros que componen la sociedad.

Sin ir al otro extremo, en no sexualizar en exceso a las personas de edad avanzada, puesto que hay algunos que se sientes presionados por la sociedad a mantener relaciones que no quieren. Otro punto es no crear problemas que son en realidad procesos fisiológicos naturales del ser humano y de la etapa vital de la vejez, para así no crear falsas disfunciones y falsos tratamientos con fuertes efectos secundarios en organismos ya deteriorados.

Cuando en el individuo surgen ya unos problemas de salud que limitan sus acciones sean físicas, emocionales o vitales (enfermedades crónicas, oncológicas, pacientes paliativos, ...), se ha de plantear que el especialista que les trate los acompañe en todas sus facetas, incluida la sexual. Se debería plantear un consenso entre las disciplinas que abordan la sexualidad en la vejez como un global, poner unas pautas básicas e ir individualizando los casos.

Las investigaciones de los tratamientos sobre la sexualidad en las personas mayores son escasos, estudiados individualmente. Se debe ver al individuo mayor en su totalidad con un enfoque más cognitiva-afectiva y sus tratamientos dirigidos a dañar lo menos posible creando una mayor calidad de vida.

El camino aún está por delante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Ginebra: OMS. [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=519:comunicaciones-breves-relacionadas-con-la-sexualidad&Itemid=215&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20definici%C3%B3n%20de%20la,libres%20de%20coerci%C3%B3n%2C%20discriminaci%C3%B3n%20](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=519:comunicaciones-breves-relacionadas-con-la-sexualidad&Itemid=215&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20definici%C3%B3n%20de%20la,libres%20de%20coerci%C3%B3n%2C%20discriminaci%C3%B3n%20)
2. Azmitia Crispín, M. R. y Morán Méndez, A. Y. Panorama neurosocial de la sexualidad en la senectud. *Revista Académica CUNZAC*. 2021; 4(2): 11-15.
3. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit* 2004; 18:8-15.
4. Pérez Martínez Víctor T.. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 Mar [citado 2022 mayo 08] ; 24( 1 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010&lng=es).
5. Morton Laura. Sexuality in the Older Adult. *Prim Care Clin Office Pract* 44 (2017) 429-438.
6. Venturini L, Beuter M, Leite MT, Bruinsma JL, Backes C. The nursing team's performance towards the sexuality of institutionalized elderly women. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017017903302>
7. MSc. Magny Martín Hernández; MSc. Pedro Rentería Díaz; MSc. Evaldo Sardiñas Llerenas. Estados clínicos y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009; 25 (1-2)
8. Alejandra Gómez M. Masters y Jhonson. Lugo; 2018.
9. Camacho López, S. M., "Sexología basada en evidencia: la respuesta sexual humana y sus disfunciones." *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan* 2022; 10.20: 18-26.
10. Fernández F Lilian, Bustos M Luis, González W Leonardo, Palma A Damián, Villagrán A Johanna, Muñoz N Sergio. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2000 Jun [citado 2022 Sep 08] ; 128( 6 ): 574-583. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50034-98872000000600002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-98872000000600002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/50034-98872000000600002>.
11. Skalacka K, Gerymski R. Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*. 2019; vol. 3: 195-201.
12. González Caballero M. Manual de alimentación Geriátrica. 2ª Edición. Editorial Formación Alcalá.
13. Torres Mencía Sara, Rodríguez Martín Beatriz. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 2022 Sep 08] ; 93: e201909059. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100105&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100105&lng=es). Epub 07-Sep-2020.
14. Grupo CTO. Manual CTO de Enfermería. CTO Editorial. 5ª Edición. Tomo I.
15. Lindeman R. Renal and Electrolyte Disorders. Duthie: Practice of Geriatrics, 3ª ed. 1998.
16. Hollander J. Prostate Gland Disease. Duthie: Practice of Geriatrics, 3ª ed. 1998.
17. Arriola E. La edad de la vida. hacia un envejecimiento saludable y completo. Matia Fundazioa. 2000.
18. Williams MD. Pulmonary disorders. Duthie: Practice of Geriatrics, 3ª ed. 1998.
19. Guerrero Velázquez. Salud mental. ED 6ª. Jaén. ED: Formación Alcalá. 2019
20. Meyerhoff WL. Diagnosis and Management of Hearing Loss. Philadelphia, WB Saunders, 1984.
21. Cervera Díaz M.C, Sáiz García J. Actualización en Geriatria y gerontología (I). ED 6ª. Jaén. ED: Formación Alcalá. 2019.
22. Pierre Ivan Azabache-Chero , Eloy Gonzales-Vera , Víctor Soto Cáceres. Comportamiento sexual en el adulto mayor del servicio de geriatría del hospital Almazor Aguinaga Asenjo, Chiclayo-Perú. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 11(1) 2018 pag 18-23.
23. Instituto nacional de Estadística. [https://www.inec.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](https://www.inec.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)
24. Abi Taylor, Margot A. Gosney Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011 Sep;40(5):538-43.
25. Diccionario Real Academia Española. <https://dle.rae.es/diccionario>

26. Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez. Kathleen Strassen Berger. Editorial médica Panamericana. 2001
27. Rector, S.; Stiritz, S.; Morley, John E. Sexuality, aging, and dementia. *The journal of nutrition, health & aging*, 2020, vol. 24, no 4, p. 366-370.
28. Curso básico de farmacología. 2022. CESI IBERIA
29. Bustamante JA Reacción psicológica del enfermo adulto. En: *Psicología médica*. La Habana: Editorial Orbe, 2000; 12: pp217-26.
30. Fuentes-Díaz Z, Rodríguez-Salazar O, Linares-Treto S. Evaluación de la sexualidad en pacientes adultos mayores con tratamientos oncoespecíficos. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2021 [citado 14 Jul 2022]; 46 (3) Disponible en: <http://revzoi-lomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2750>
31. Cuevas U. Valentina, Díaz A. Leyla, Espinoza M. Fabiola, Garrido P. Camila. Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Jul 14] ; 84( 3 ): 245-256. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000300245&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000300245&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000300245>.
32. Andrade Palmeira R. Sexualidad del adulto mayor. *Rev Científica UPAP*. 2021 Año1, num1 pag 75-81.
33. Movilla Fernández M<sup>o</sup>J., Cobas Couto E., Rodeño Abella M<sup>o</sup>A., Romero Martín M., Varela Feal N., Castro Pator A. Hablemos de sexo: abordaje de una realidad asistencial. *Gerokomos* V10 N 1. 1999 pag 25-28.
34. Kaas MJ. Geriatric sexuality breakdown syndrome. *Int J Aging Hum Dev* 1981; 13: 71-7.
35. Paunonen M, Hagmann-Laitila A. Sexuality and the satisfaction of sexual needs: a study on the attitudes of aged nursing home clients. *Scand J Caring Sci* 1990; 4: 163-8
36. Fuentes mansilla C, Rodríguez- martín B., Visión profesional sobre la sexualidad en personas mayores institucionalizadas: una síntesis temática cualitativa. *Gerokomos* 2019;30 (4):176-180.
37. Baldwin K, Ginsberg P, Harkaway RC. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int J Impot Res* 2003; 15: 87-9.
38. Martínez Martín M<sup>o</sup>L. Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería. Evolución historia del cuidado enfermero. Ed3. ELSEVIER
39. Oliveira, T.M., Pinho Chibante, C.L., Espírito Santo, F.H. y dos Santos, T.D. (2020). Vulnerabilidad del VIH/SIDA en los ancianos: una revisión integradora de la literatura. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (56) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.56.10>
40. González-Soto CE, Guerrero-Castañeda RF. Análisis de la producción científica de la sexualidad del adulto mayor: una revisión integradora. *Rev baiana enferm.* 2022; 36: e38080
41. Maite Santurtún, Francisco J. García Gutiérrez, Gloria Agudo Cuesta, María T. Zarrabeitia, Ana Santurtún, El delito contra la libertad sexual en el anciano: una realidad escondida difícil de detectar, *Revista Española de Medicina Legal*, Volume 45, Issue 1, 2019, Pages 35-37,
42. Boletín informativo de farmacovigilancia alteraciones sexuales inducidas por fármacos. 2019
43. Porta J, Gomez Batiste X. Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. ED Aran 2008.
44. Macchi M J. del Valle Pérez M. Pedro Alonso J . Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* (35) • May-Aug 2020 <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.11.a>
45. Urtaran Laresgoiti M, Fonseca Peso J. Estudio exploratorio sobre la sexualidad en procesos de enfermedad grave y final de vida desde la perspectiva de los profesionales de cuidados paliativos *Medicina paliativa*, ISSN 1134-248X, Vol. 27, N<sup>o</sup>. 2, 2020, págs. 88-97
46. Thys, K., Mahieu, L., Cavolo, A., Hensen, C., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, . (2019) 28(5-6), 836-849.
47. Fernández ballesteros R. Gerontología Social. Madrid. ED Pirámides.2000.
48. Baldwin K, Ginsberg P, Harkaway RC. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int J Impot Res* 2003; 15: 87-9.
49. Como abordar la sexualidad de los mayores en las residencias. Balance sociosanitario de la dependencia y la discapacidad. 2019.
50. Alcántara Montero A., Sánchez Carnerero C.I. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 2016; 42 (5): 33-37.
51. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract* 2003; 20: 690-5.
52. F. Cabello-Santamaría, S. Palacios. Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. Elsevier. 2012; 55 (6): 289-295
53. De Andrade Palmeira, R. (2021). Sexualidad del adulto mayor. *Revista Científica UPAP*, 1(1), 75-81
54. Sánchez AID, García-Perdomo HA. Intervenciones no farmacológicas para la prevención de la disfunción eréctil. *Rev Mex Urol*. 2019;79(1):1-18.
55. Laffita LAK, Córdova GG, Consuegra CY, et al. Intervención educativa sobre sexualidad durante la ancianidad

- nidad en Moa, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*. 2018;22(2):287-297.
56. Rodríguez Villamar J. E. La influencia del arte-terapia en las dificultades sexuales del adulto mayor. Tesis. 2019 <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8984>
57. Althea Press. Aceites esenciales de la A a la Z. diccionario completo de aceites esenciales para la salud. 2015. ED Sirio
58. Castillo Garcia E. Martínez Solís I. Manual de fitoterapia. Ed 3era 2021. ED El Servier.
59. Dr. A Lockie. Enciclopedia de Homeopatía. ED. Grijalbo. Barcelona 2006.
60. Dr. Edward Bach. Los remedios florales. ED Edaf. 2012
61. M Holman JR. Vacuum devices for erectile dysfunction. In: Fowler GC, ed. Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care. 4th ed. Philadelphia. 2020.
62. Terrén Pérez, E. Anguas Gracia, A.. Programa de educación para la salud en pacientes con disfunción eréctil secundaria a prostatectomía radical. *Enfermería Comunitaria*. 2018; 14. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e10970>
63. P I. Moncada, J. Ascencios, I. López, D. Subirá, P. Krisnappa, Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias de la cirugía de prótesis de pene. Diagnóstico y tratamiento, *Actas Urológicas Españolas*. 2020; 44 (5):357-366.