



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

Gerontología feminista:
ALTERACIONES DE LA SALUD
SEXUAL EN LA MUJER MAYOR

Autora: Celia Pérez Herreros

Tutora: M. ^a José Cao Torija

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ENVEJECIMIENTO: CONCEPTO	1
1.2 DATOS DEMOGRÁFICOS: ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA.....	3
1.3 SISTEMA SANITARIO Y ENVEJECIMIENTO.....	4
1.4 ENVEJECIMIENTO DE LAS MUJERES.....	5
1.5 SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL EN LA MUJER.....	9
2. JUSTIFICACION.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
5. DESARROLLO DEL TEMA.....	19
5.1 SEXUALIDAD EN LA VEJEZ DE LAS MUJERES	19
5.2 ALTERACIONES DE LA SALUD SEXUAL EN LA MUJER MAYOR.....	23
5.2.1 <i>Cambios en la respuesta sexual femenina.....</i>	<i>25</i>
5.2.2 <i>Alteraciones de la salud sexual: patologías y fármacos.....</i>	<i>26</i>
6. ROL DE ENFERMERÍA: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	29
7. CONCLUSIONES.....	33
8. BIBLIOGRAFÍA.....	34
9. ANEXOS.....	39

Resumen

El envejecimiento poblacional, marcado por los diferentes factores sociodemográficos, ha propiciado un gran aumento de las personas en edad avanzada, concretamente de mujeres. Este hecho condiciona la necesidad de que la sociedad y las instituciones sanitarias proporcionen herramientas e intervenciones de calidad con respecto a sus crecientes necesidades, incluida la sexualidad, dimensión que sufre un gran abandono. Para lograr una mejora de la salud sexual de la mujer mayor se ha realizado una revisión bibliográfica que recopila información sobre este aspecto e incluye estrategias y posibles intervenciones sanitarias, ayudando así a instruir al personal de enfermería.

Palabras clave: envejecimiento, sexualidad, salud sexual, mujer, alteraciones, cuidados, enfermería.

Abstract: The ageing population, caused by different socio-demographic factors, has led to an increase in the number of elderly people, specifically women. This fact arouses the need of not only society but also health institutions, which must provide suitable interventions in order to cope with the increasing needs, including sexuality, an aspect which is highly overlooked. In order to achieve a social sexuality improvement of the old woman, a bibliographic review has been carried out to gather information about this aspect and it includes strategies and possible sanitary interventions, helping so the instruction to the nursing practitioner.

Key words: ageing, elderly, sexuality, sexual health, woman, nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Envejecimiento: concepto

El envejecimiento es un fenómeno natural que se presenta a lo largo de todo el ciclo vital desde el nacimiento hasta la muerte.

Este fenómeno, posee numerosas definiciones. Entre ellas, la más completa sería la descrita por la Organización Mundial de la Salud que lo enuncia como “un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida” Así mismo, esos cambios van a producir una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio y los ritmos a los que se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos son diferentes (1).

A su vez, varios autores especializados en la disciplina gerontológica como como Lehr o Laforest (1) lo conciben también como un proceso dinámico, multifactorial y gradual en todos los seres humanos.

El significado de este término está ligado a las distintas culturas y valores sobre los que se asienta una determinada sociedad y son las diversas interpretaciones las que provocan en ocasiones la existencia de mitos y creencias negativas frente a lo que se considera normal dentro de esta etapa.

Existen múltiples teorías que exponen los cambios acontecidos en el envejecimiento desde varias perspectivas (1). Por un lado, las **teorías biológicas**, que lo explican generalmente como un desgaste natural de los órganos y sistemas corporales en todos los seres vivos, así como una consecuencia de la continua agresión del medio ambiente y de la acción de los productos tóxicos derivados de las funciones metabólicas propias que alteran la función corporal normal y los procesos de reparación celular.

A nivel orgánico, el envejecimiento provoca una serie de cambios tanto morfológicos como fisiológicos en todos los tejidos corporales (2).

Entre los efectos generales de este proceso que inciden sobre la salud, son más representativos; las alteraciones anatómicas y funcionales, la reducción de la función inmunitaria, la pérdida de fuerza y masa muscular denominada sarcopenia, las alteraciones del cabello y la piel como son la pérdida de su elasticidad resultando la aparición de canas y arrugas, la disminución de aspectos cognitivos como la memoria, y un largo etcétera. El conocimiento de estos cambios será lo que permita entender las diferencias fisiopatológicas, relacionadas con la emergente vulnerabilidad y fragilidad en esta etapa, separando a los adultos mayores del resto de la población.

Por otro lado, coexisten **teorías psicológicas** las cuales se centran principalmente en los aspectos cognitivos y de la personalidad. Es importante saber que al llegar a la tercera edad se ven alteradas capacidades como el lenguaje, la expresión, la memoria o la resolución de problemas, así como los procesos de adaptación a situaciones nuevas y desconocidas. Dentro de este tipo de teorías se encuentran la teoría del desarrollo de Erikson y la teoría de la continuidad. Mientras la primera relata que el objetivo final de la senectud es conseguir la "integridad del yo", es decir, la aceptación del ciclo vital frente a la desesperación, todo ello influido por factores individuales y culturales, la segunda defiende la inexistencia de una ruptura directa entre la etapa de vida adulta y la de vejez pues son los mayores quienes mantienen sus hábitos, valores y comportamientos intactos mejorando así su adaptabilidad a la última etapa de su vida (1- 4).

En cuanto a las **teorías sociales**, son aquellas que estudian la adaptación favorable de las personas mayores dentro de la sociedad. Por un lado, está la teoría de la desvinculación propuesta por E.Cumming y W. Henry (5) que defiende que el anciano es quien se somete de forma inevitable a un desapego social acompañado de un desinterés por las actividades y acontecimientos sociales de su entorno desarrollando comportamientos y actuaciones que le dirigen al retiro social. Esta teoría defiende esta situación como beneficiosa para ambos grupos.

Por otro lado, se sitúa la llamada teoría de la actividad, que protege la necesidad de mantener la actividad y participación social para vivir un envejecimiento satisfactorio.

Es preciso remarcar que los cambios más importantes que caracterizan a este proceso no son sólo de carácter biológico sino también de índole psicosocial y cultural, aportando mayor vulnerabilidad a la persona en todas sus esferas durante esta etapa (3). De esta manera, el entendimiento profundo de este concepto y de todos los sucesos que lo atañen es clave para ayudar a establecer estrategias de intervención en todos los niveles de la sociedad, además de servir como guía en la práctica del cuidado en la actualidad.

1.2 Datos demográficos: envejecimiento en España

Dentro de la sociedad actual, una característica de gran importancia que se observa desde hace tiempo es el notable envejecimiento de la población, mostrándose sobre todo en los países más desarrollados. Concretamente en España, se está viviendo una situación de envejecimiento demográfico más rápido y acusado que otros países de la Unión Europea. Son varias las causas por las que la población envejecida se encuentra en progresivo aumento en nuestro país. Bien sea por el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad, los continuos flujos migratorios o por el considerable descenso de la mortalidad y morbilidad, todos ellos constituyen factores que contribuyen sustancialmente a este hecho demográfico (6).

Según datos estadísticos del INE en el inicio del 2019 había 9.057.193 personas mayores, representando un 19,3% sobre el total de la población en ese año y proyecciones futuras estiman que en 2050 habrá unos 16 millones de personas de edad mayor a 65 años, es decir, casi un 30% de la población total española. Este creciente y desmedido envejecimiento demográfico en el panorama español se debe en gran parte a que durante las próximas décadas del siglo XXI llegarán a la vejez las generaciones del denominado *baby boom*, fenómeno durante el cual en los años posteriores a la posguerra (1950 y 1970) se incrementó la natalidad de manera profusa en nuestro país (6,7).

A este hecho demográfico se le ha añadido el denominado “**envejecimiento del envejecimiento**” el cual supone un incremento proporcional y dominante de los grupos de edad más avanzada, es decir, de aquella población mayor o igual a 80 años, dando lugar a lo designado como *sobre-envejecimiento* (8).

El aumento de este grupo de población está íntimamente relacionado con los avances económicos, científicos y sanitarios que se dieron a finales del siglo veinte. En líneas generales, destacan el aumento del Producto Interior Bruto que favoreció una mayor inversión sanitaria, las mejoras en la higiene y potabilización del agua, el descenso de las enfermedades infecciosas, pero sobre todo los avances dirigidos al diagnóstico y tratamientos de diversas enfermedades y el logro de una cobertura universal dentro del Sistema Nacional de Salud (9). Esto ha llevado a que actualmente este colectivo represente ya el 3 % de la población occidental (8).

1.3 Sistema Sanitario y envejecimiento

Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud, este envejecimiento poblacional es considerado como un éxito resultado de las acciones de la salud pública y del progreso socioeconómico. Sin embargo, también forma parte de un reto tanto para la sanidad como para la sociedad moderna que deberán abordar este hecho desde varias perspectivas y empeñarse en dotar a estas personas la mayor calidad de vida posible para alcanzar un envejecimiento satisfactorio en todas sus esferas personales.

Al mismo tiempo, el presente *sobre-envejecimiento* acarrea en sí un gran aumento en la demanda de cuidados sanitarios por los problemas de mayor dependencia y vulnerabilidad que corresponden a ese subgrupo, pues los profesionales se enfrentan a tener cada vez personas más longevas con altos índices de dependencia.

Éste, es un indicador demográfico que mide la proporción existente entre las personas inactivas (0-14 años) o dependientes (mayor de 65 años) frente a las personas en edad laboral (entre 15 y 65 años) por cada 100 habitantes.

El resultado de este cociente muestra el equilibrio demográfico y económico

existente en una población concreta y su conocimiento es de utilidad a la hora de establecer medidas sociosanitarias.

Entre los servicios disponibles ofrecidos para aportar atención sanitaria a las personas dependientes destacan; la atención domiciliaria sociosanitaria en personas con dificultades de desplazamiento, el seguimiento farmacológico de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión arterial en centros de atención primaria, la teleasistencia, la rehabilitación en ancianos con incapacidad o lesiones, la intervención psicológica por parte de cuidadores y profesionales o los cuidados paliativos de ancianos institucionalizados en residencias de mayores (10).

Se busca entonces lo que se conoce como **envejecimiento activo**, un término adoptado por la OMS a finales de los años noventa y que lo definió como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (11).

Por ello, desde la perspectiva sanitaria y concretamente a nivel de enfermería es prioritario establecer estrategias asistenciales sociosanitarias que den respuesta a las crecientes necesidades de este sector poblacional en alza, fundamentalmente mediante cuidados íntegros y de calidad.

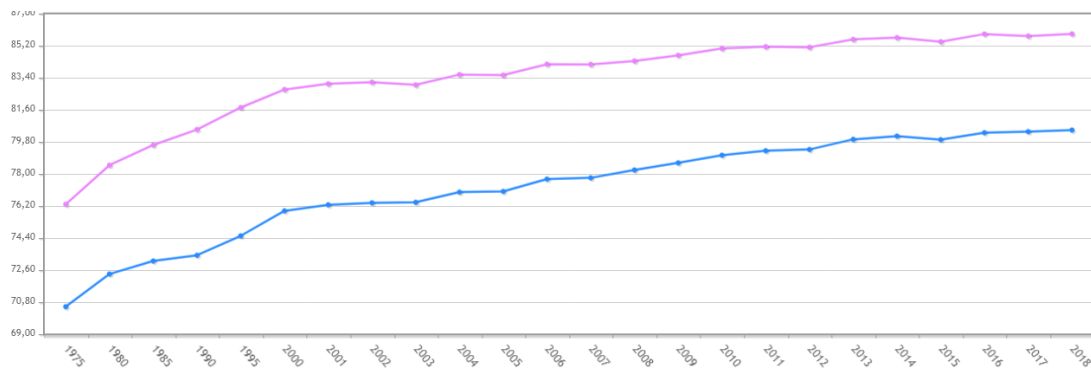
1.4 Envejecimiento de las mujeres

En España existe una feminización de la vejez bastante relevante, lo que se traduce en que el sexo predominante en esta etapa vital es el femenino. Una de las causas principales radica en una importante diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres respecto a los hombres, siendo ésta la cantidad de años que se espera que viva una determinada persona durante cierto período. Esta diferencia apreciable se ha mantenido estable en el tiempo como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada que no radica sólo en factores biológicos sino también en estilos de vida (tabaquismo y alcoholismo) o conductas de riesgo.

En el año 2018 la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres estaba en los 85,9 años, en cambio la de los hombres se situaba en los 80,5 años según los indicadores demográficos básicos publicados por el INE (12).

Gráfico 1. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento según periodo.

- Hombres
- Mujeres



Fuente: INE. <http://www.ine.es> (13)

En base a estos indicios, se debe tener en cuenta que actualmente el hecho de ser mujer sigue siendo un factor crucial que da lugar a una desigualdad presente durante todas las etapas vitales, pero que tiene especial repercusión durante la ancianidad. Es decir, encontramos que las mujeres están sometidas a una doble discriminación causada por prejuicios relativos a su sexo y edad (14). Para entender por qué el género es un determinante transversal del envejecimiento y refleja grandes desventajas en las mujeres mayores es preciso diferenciar primero entre **sexo y género**.

Aunque estos términos se confundan ocasionalmente e incluso se interpreten erróneamente como sinónimos, hemos de clarificar que el **sexo** hace referencia a las características biológicas y físicas de la persona, es inmutable, es decir, no cambia. Por otro lado, el **género** constituye una construcción cultural y social, son las determinadas normas actitudes o representaciones que dicta la sociedad con respecto a un sexo determinado y sí es modificable (15).

En consecuencia, a la hora de hablar de desigualdades se debe hablar de **desigualdad de género** (16).

Entre los factores principales que influyen en esta desigualdad encontramos un factor demográfico nombrado anteriormente. La remarcable diferencia en la esperanza de vida conlleva a la mujer una mayor posibilidad de enviudar y vivir así muchos años más en soledad.

Desde el punto de vista social, las mujeres ancianas cuentan con un nivel de instrucción y educativo menor que los hombres, lo cual puede suponer un determinante social de morbimortalidad a esta edad y de cara a los factores económicos, cabe decir que la mujer es receptora de ingresos significativamente menores que el hombre, así como de pensiones de tipo no contributivas y sufre mayor discriminación en cuanto a políticas de empleo y salario al llegar a la jubilación (16). De esta manera, si se estudia el modelo de persona que representa la vejez actual sería el de una mujer viuda, que vive sola, mayor de 80 años y con un nivel tanto de estudios como económico generalmente bajo.

Sin embargo, una visión hacia las generaciones venideras señala que poseerán una mayor formación tanto académica como laboral y un mayor interés por el uso de recursos tecnológicos como las TICS, lo cual evidencian algunos estudios realizados en los últimos años, que aseguran que el uso de Internet da lugar a una menor presencia de problemáticas asociadas a la salud mental e índices mayores de integración y aportación social (17). Esto situará a la nueva generación de jubiladas en un momento ideal para exigir el empoderamiento de la mujer mayor con un reparto equitativo de los roles a desempeñar. Esta situación meramente informativa revela la situación de las mujeres ancianas dentro del contexto socioeconómico, quedando en un segundo plano, pues lo que interesa especialmente en este trabajo es hacer hincapié la desigualdad de género donde están implicados los factores biológicos, psicosociales y culturales siendo los que mayor relación tienen con el ámbito de la sexualidad de las mujeres en la tercera edad. Conviene entender que los significativos cambios producidos durante el envejecimiento suceden en ambos sexos, pero repercuten de forma heterogénea en ellos.

En líneas generales, se pueden agrupar los cambios a tres niveles: biológico, psicológico y social (Tabla 1).

Estos cambios sitúan inevitablemente a la persona anciana a ser condenada a recibir connotaciones negativas debido al existente rechazo cultural y estético de “lo viejo y lo feo” por parte de la sociedad. Este rechazo es aún más señalado hacia las mujeres, pues reciben una mayor presión social al imponérseles una especie de “obligación” de mantener su belleza y su juventud de forma intacta. Así mismo la llegada a la vejez supone numerosas alteraciones en lo referente a la sexualidad y salud sexual femenina y, teniendo en cuenta el gran énfasis puesto por la sociedad en la función reproductiva y maternal de las mujeres, el resultado son la aparición de mitos y creencias que desplazan a las mujeres a un lugar secundario cuando estas funciones desaparecen (18), dando por hecho que la llegada a la tercera edad fuera el declive de toda función o actividad sexual.

Tabla 1. Cambios generales asociados al envejecimiento a tres niveles.

1. A nivel biológico

- Pérdida total de funciones (función reproductiva en mujeres tras menopausia)
- Cambios funcionales en los sistemas corporales (locomotor, circulatorio, respiratorio, renal, nervioso, digestivo, excretor endocrino y reproductor)
 - Disminución de la masa y fuerza muscular (sarcopenia)
 - Alteraciones del ritmo cardiaco y función renal
 - Alteración de la función hormonal
 - Cambios en la respuesta sexual
- Pérdida de funciones sin alteraciones anatómicas demostrables

2. A nivel psicológico

- Disminución de memoria inmediata, expresión, lenguaje o de respuesta espontánea
- Viudedad y ruptura de lazos de apego
- Aceptación de la enfermedad, deterioro y muerte

3. A nivel sociocultural

- Inicio de la jubilación / Retiro
- Sustitución en las actividades de ocio
- Mayor soledad física y social

Fuente: elaboración propia

1.5 Sexualidad y salud sexual en la mujer

En cuanto a la **sexualidad**, es definida por la OMS como un “aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida y que abarca el sexo, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción” que se expresa mediante pensamientos, creencias, deseos, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones e influida de factores de tipo biológico, psicológico, social, legal, cultural, religioso y espiritual (19). A esto se añade que la posibilidad de lograr el bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar es lo que se conoce como **salud sexual** (20). De esta forma, la sexualidad de las mujeres se debe reconocer no sólo como un componente fundamental de la salud sino como un derecho humano básico, y así se recoge en la Declaración Universal de los derechos sexuales de Valencia de 1997 (Anexo 1).

No obstante, la sexualidad es una dimensión que se concibe y se manifiesta de forma dispar atendiendo a la etapa vital en la que se encuentre la mujer, las cuales se clasifican en; infancia, adolescencia, etapa adulta, climaterio y vejez.

- **Infancia (6-11años)**

Desde el nacimiento, se considera a toda persona como un ser sexuado y es durante la infancia cuando se produce la formación y desarrollo de ese ser sexuado, influido por su interacción con el medio (21). Si bien hay una clara distinción en cuanto a los aspectos anatómicos entre los dos sexos, las conductas y comportamientos sexuales tienden a seguir de forma similar el mismo patrón en ambos. Las particularidades que caracterizan la vida sexual durante esta etapa se resumen en:

- Surgen los primeros lazos afectivos y sociales
- Existe gran interés y curiosidad por el descubrimiento del propio cuerpo
- Se manifiestan conductas y juegos de carácter sexual a modo de actividades atribuidas a la exploración e imitación del entorno

- **Adolescencia (12-18 años)**

Esta etapa destaca por el comienzo del desarrollo puberal, que supone el paso de la niñez a la edad adulta. En ella se desarrollan los caracteres sexuales secundarios, definiendo claramente la diferencia entre hombres y mujeres (22).

Durante la pubertad femenina, transcurren los siguientes cambios significativos:

- Inicio del desarrollo puberal previo al hombre (11-13 años)
- Maduración gonadal completa (ovarios) con inicio de la edad fértil
- Secreción interna de hormonas sexuales (estrógenos y progesterona)
- Aparición de la telarquia y botón mamario
- Aparición de la menarquía (primera menstruación)

Etapa adulta (20-40 años)

En esta etapa es donde la sexualidad de la mujer presenta mayor variabilidad que en otras. Se alcanza la madurez psicosexual y los cambios fisiológicos que se otorgan a este periodo son de un carácter más arbitrario y difuso con respecto a los acontecidos en las etapas precedentes.

Inciden a mayor nivel las modificaciones sociales, como pueden ser:

- Mayor independencia familiar y económica
- La consolidación de relaciones matrimoniales
- Embarazo y formación de núcleos familiares

Aquí, los roles sexuales están totalmente determinados e influidos por los patrones culturales y tradicionales, concediéndole a la mujer un rol encaminado a la maternidad, la crianza y la educación filial.

Al mismo tiempo, será la influencia del embarazo lo que modifique inexorablemente la vida sexual de la mujer y de su pareja debido a que en este estado acontecen importantes cambios, tanto a nivel físico (náuseas, vómitos, cefalea), como psíquico y afectivo, lo que indudablemente la sitúan en una situación crítica y vulnerable (23).

Por ello, es recomendable que los profesionales sanitarios realicen un esfuerzo educativo con el objetivo de desmitificar los posibles miedos que brotan en esta etapa y promoviendo la actividad sexual como una vivencia positiva e incluso beneficiosa (24).

- **Climaterio**

Entre la etapa adulta y la vejez, la mujer alcanza un periodo vital que resulta crucial en relación con su actividad sexual y reproductiva: **el climaterio**

A pesar de que esta etapa no pertenezca al envejecimiento como tal, los cambios específicos que en ella transcurren son la antesala que determina la futura vivencia y salud sexual de la mujer, por lo que es conveniente relatarlos.

El **climaterio** es un periodo situado entre la madurez sexual y la senectud, que supone el cese de la función fértil y reproductiva de la mujer, así como una gran variación hormonal desencadenante de cambios tanto biofisiológicos como en la esfera social, psíquica y sexual. Por lo general, el periodo climatérico se inicia entre los 40 y 50 años y tiene una duración variable hasta alcanzar la vejez, considerada como tal a partir de los 65 años (25).

Este periodo abarca dentro de sí un hecho puntual dividido en tres fases, la **menopausia**, la cual supone el cese definitivo de la menstruación por un tiempo aproximado de 12 meses, debido al fallo de la función ovárica.

En lo referente a la menopausia, es preciso definir algunos aspectos, como sus tipos y fases (26, 27).

Tipos de menopausia:

- **Menopausia precoz:** previa a los 40 años, se considera patológica y debe tratarse.
- **Menopausia tardía:** tras los 55 años

Fases de la menopausia:

1. **Premenopausia:** entre 2 y 8 años anteriores a la menopausia. Inicio del cese de la función ovárica traducido en acortamiento de los ciclos menstruales. Inestabilidad endocrina con aumentos de las hormonas adenohipofisarias; foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH).

✚ FSH: Regula la maduración de los óvulos durante la edad fértil.

✚ LH: Regula la maduración de los folículos, la ovulación y la producción de progesterona.

2. **Perimenopausia:** abarca los años previos a la menopausia y el año posterior a la misma. Ciclos anovulatorios e irregulares. Aumento de la hormona FSH frente a la LH y notable variabilidad estrogénica.
3. **Posmenopausia:** entre 1 y 6 años tras la menopausia. Cese definitivo de la función ovárica y producción hormonal. Baja concentración de estradiol y progesterona frente a la estabilización de los niveles de FSH y LH. Trastornos a nivel óseo y cardiovascular.

En cuanto a la sintomatología derivada de la menopausia, cuya valoración se realiza a través del índice de Kupperman y Blatt (Anexo 2) se puede clasificar en varios niveles, representados en la siguiente tabla.

Tabla 2. Sintomatología y alteraciones en la menopausia (27)

Alteraciones neurodegenerativas	<ul style="list-style-type: none">• Sudoración y sofocos• Parestesias• Cefaleas
Alteraciones psíquico/afectivas	<ul style="list-style-type: none">• Irritabilidad e insomnio• Depresión• Labilidad emocional
Alteraciones genitourinarias	<ul style="list-style-type: none">• Atrofia genitourinaria• Dispareunia y disuria• Incontinencia urinaria
Alteraciones sexuales	<ul style="list-style-type: none">• Disminución de la libido• Sequedad vaginal

Fuente: Elaboración propia

En relación con la salud sexual de la mujer durante el climaterio, evidencias disponibles aseguran que la disminución de los esteroides sexuales (estrógenos y andrógenos) es lo que juega el papel más decisivo en lo que concierne a la respuesta y disfunción sexual relacionada con este periodo, y que sin embargo, las alteraciones psicológicas relacionadas con la edad así como el incremento de comorbilidad metabólica y cardiovascular deben ser también objeto de vigilancia a la hora de impartir estrategias terapéuticas dirigidas a paliar este problema.

A pesar de que las principales medidas van dirigidas a actuar sobre los factores modificables que repercuten en este ámbito, el tratamiento hormonal y no hormonal, así como los tratamientos a nivel local y sistémico son opciones actualmente frecuentes desde la intervención sanitaria.

Finalmente, si bien esta etapa supone el cese de la función reproductiva femenina, se debe eliminar toda asociación directa de menopausia con envejecimiento por parte de la sociedad, ya que es una etapa previa, y convertirla de algún modo en un momento en la que la mujer aún dispone de vitalidad para disfrutar de múltiples actividades, las de índole sexual inclusive. Por tanto, no se debe olvidar que la sexualidad es una dimensión que va más allá de las relaciones sexuales de la pareja y que su vivencia de forma positiva es importante en cualquier etapa vital.

- **Vejez (65 años en adelante)**

“La vejez constituye la última etapa de la vida, donde el ser humano alcanza su máxima expresión en relación con el mundo y obtiene la madurez total a través de la gran cantidad de experiencias vividas adquiridas por los momentos e instantes disfrutados” (28)

Con la cascada de cambios relatados anteriormente que se asocian a esta etapa vital, todas las esferas de la mujer mayor se ven alteradas sustancialmente, con implicaciones directas en su bienestar y calidad de vida. Si bien la sexualidad se considera un derecho fundamental básico, así como un indicador de alta calidad de vida, se deben mencionar antes los condicionantes principales que alteran la sexualidad en la vejez femenina (14):

- Estereotipos sociales: modelo sexual dominante falocéntrico, heterosexual, juvenil y orientado a la reproducción
- Falta de intimidad en la pareja
- Viudedad, falta de pareja sexual
- Medicalización del envejecimiento y efectos adversos
- Patologías crónicas y cambios biofisiológicos (a nivel genital y hormonal)

Estos factores no sólo van a incidir sobre la esfera sexual personal de cada mujer, sino que de la misma manera afectan a la concepción general de la sexualidad atribuida a esta etapa.

A pesar de que el concepto de sexualidad y sus respectivas manifestaciones hayan comenzado a diferenciarse a partir del siglo XXI, la herencia educativa impuesta en el siglo XX sobre la concepción de la sexualidad en los mayores sigue persistiendo. Hoy en día, la sociedad sigue ignorando la faceta sexual de la persona anciana, provocando que sean ellas mismas quienes acepten los estereotipos culturales acerca de este tema y rechacen todo tipo de manifestación afectiva, incluso reprimiendo su propio interés sexual (29).

En vista a esto, la gerontología actual intenta abordar la sexualidad desde un enfoque positivo y moderno, enfrentándose al discurso piadoso, rígido y moralista que se ha mantenido desde tiempo atrás.

Como sostiene la doctora Adela Herrera en su artículo "Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento" (8):

"Se comienza a envejecer cuando se pierde la capacidad de amar"

Desde la educación sexual geriátrica se intenta aportar a la sexualidad una visión distinta, desde la cual se contemplen las relaciones sexuales no orientadas a la procreación, sino a la presencia de elementos relacionados con la comunicación, la afectividad, la compañía en pareja, el cariño o el contacto corporal, sin dejar de resultar éstas placenteras (29). Se ha de recalcar que al llegar a esta etapa las necesidades afectivo-sexuales e interpersonales siguen siendo las mismas que en cualquier etapa vital y que, además, estarán menos atendidas.

En este sentido, es necesaria la intervención de la denominada **gerontología feminista**, la cual es una disciplina de carácter crítico cuyas bases se centran en investigar cómo los factores biológicos, psicosociales, culturales afectan en el **envejecimiento de las mujeres**. Por tanto, realizar un análisis y comprensión profunda de la sexualidad la mujer mayor y de sus respectivas alteraciones y necesidades desde esta disciplina será una herramienta indispensable para poder enfrentar las demandas biomédicas de este grupo etario (2).

2. JUSTIFICACION

El proceso complejo del envejecimiento como etapa vital, caracterizado por los notables cambios a nivel biológico, psicológico y social constituye un espacio ideal donde brindar herramientas y estrategias de intervención enfermera.

Sin embargo, la escasa indagación de los profesionales de la salud sobre la sexualidad en este grupo etario coincidiendo con una cultura que invisibiliza a la persona mayor como ser sexuado, llevan a la necesidad de convertirla en objeto de estudio en el ámbito geriátrico (30). Además, la educación sanitaria en este contexto será a su vez fundamental para combatir las creencias y falsos mitos que recaen sobre esta etapa, en especial aquellas que conciernen a la sexualidad. Esto, sumado a la consideración actual de una vida sexual rica cómo un índice de alta calidad de vida durante la vejez (8) conlleva a demostrar que lograr un envejecimiento saludable de forma plena sólo es posible si se promueven acciones sanitarias que den paso al mantenimiento y mejora de la salud sexual en las personas mayores, profundizando sobre todo en la perteneciente a las mujeres, lo cual es el objeto del trabajo.

Por todo lo relatado anteriormente, parece necesario darle mayor importancia y protagonismo al entendimiento de las alteraciones de la salud en la mujer mayor, considerando mayor a la mujer de 60 años en adelante, y concretamente a las alteraciones experimentadas en su salud sexual, por lo que es preciso realizar una revisión bibliográfica para analizar y examinar los estudios realizados sobre la sexualidad en la vejez de las mujeres así como demostrar el conocimiento o la falta de intervención por parte de las enfermeras sobre este tema que sirva posteriormente para proponer métodos y estrategias sanitarias aportando mayor visibilidad a este tema dentro del ámbito sanitario.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- ✚ Mejorar la salud sexual de las mujeres mayores a través de estrategias e intervenciones enfermeras.

Objetivos específicos

- ✚ Describir las características de la sexualidad en la mujer mayor y sus alteraciones.
- ✚ Visibilizar la importancia de atender la salud sexual de la mujer mayor en el ámbito profesional enfermero.
- ✚ Proponer estrategias enfermeras que ayudarán a mejorar la calidad de vida de las mujeres mayores en este aspecto.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este trabajo de fin de grado se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de abril y mayo de 2020, mediante la búsqueda a través de Internet de palabras clave en las siguientes fuentes bibliográficas fiables; Pubmed, Scielo, Google Scholar, Fistera y CUIDEN.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron palabras clave como; "envejecimiento", "sexualidad", "salud sexual", "mujer", "alteraciones", "cuidados" y "enfermería" y también de palabras en inglés; "ageing", "elderly", "sexuality" "sexual health" "woman" "care" y "nursing".

En cuanto a los criterios de inclusión, se filtraron aquellas publicaciones pertenecientes a los últimos 10 años y de las cuales se pudiese obtener el documento de texto completo gratuitamente. En algunas fuentes fue necesario aumentar la búsqueda y se escogieron publicaciones con una antigüedad de 20 años. La mayoría de las publicaciones escogidas pertenecen al ámbito nacional, aunque también se han recogido algunas de ellas dentro del ámbito internacional por su utilidad y diversidad a la hora de recopilar datos y evidencias científicas, así como para el establecimiento de las conclusiones.

A pesar de que el inicio de la vejez se data a partir de los 65 años, se ha considerado como población diana a las mujeres mayores de 60 años, sobre la cual se generalizarán los resultados encontrados.

Tras la búsqueda se obtuvieron un total de 73 artículos que, tras ser descartados por su título o su resumen, el cual no resultaba de interés para el tema escogido o no se atenía a los objetivos propiamente planteados, se redujeron a un número final de 50 para la posterior realización del trabajo.

Los artículos seleccionados para estudio resultan adecuados debido a la temática que plantean relacionada con el objeto del trabajo; la sexualidad de la mujer cada etapa vital, la vivencia de la sexualidad en el envejecimiento de las mujeres, los estereotipos sobre la vejez, las intervenciones de enfermería en el ámbito geriátrico y, por último, el manejo, actuación y mejora de alteraciones sexuales de las mujeres mayores en el ámbito enfermero.

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1 Sexualidad en la vejez de las mujeres

La concepción global del envejecimiento como una etapa marcada por el deterioro físico y la merma de las capacidades vitales conlleva a la aparición de numerosos estereotipos y creencias erróneas enraizados en la sociedad que recaen de forma incesante sobre las personas mayores a lo largo de su vejez, acentuándose todavía más en lo referente al ámbito sexual en esta etapa.

En suma, estos estereotipos negativos incurren en mayor medida en las mujeres que en los hombres e incluso acaban por convertirse en una especie de “normas de autocumplimiento” para ellas, lo que afecta directamente a la vivencia de su propia sexualidad y en consecuencia a su calidad de vida (32).

En contraposición a la tendencia de la sociedad de tachar a las personas mayores como seres “asexuados”, se ha de recalcar que la sexualidad no es algo que se vuelva inexistente o que simplemente desaparezca con la edad, sino que, como cualquier otra capacidad vital, tan sólo se modifica y se adapta a las circunstancias de cada nueva etapa.

Así lo afirmaban los sexólogos Masters y Johnson en 1969, señalando que “el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina” (33).

Sin embargo, las principales barreras o factores sociales limitantes que se imponen en la sexualidad de las mujeres mayores, ya mencionadas anteriormente, siguen siendo las que se presentan a continuación (34):

- Los estereotipos y creencias sociales

Los estereotipos son ideas o percepciones exageradas sobre las características y cualidades de un grupo concreto que a menudo derivan en opiniones sesgadas, es decir, aquellas que se aceptan “porque sí”, sin tener en cuenta su veracidad o falsedad. Si bien coexisten estereotipos tanto positivos como negativos, aquellos que se relacionan con la vejez suelen tener carácter despectivo y a menudo conducen a la aparición de conductas discriminatorias hacia los adultos mayores (35).

El envejecer de la mujer está asociado con un deterioro corporal más brusco y pronunciado, lo cual interviene en su propia percepción corporal como ser sexuado, a la vez que le ocasiona mayor frustración personal al no poder sostener la imagen de mujer joven, bella y "válida" demandada por la sociedad (32).

Junto a ello, se interpone la insuficiente y escasa investigación realizada en lo relativo a la sexualidad en esta etapa, concretamente sobre la sexualidad femenina, lo que deriva en la actual mitificación de este fenómeno (36).

Los mitos y prejuicios sociales más comunes se pueden resumir en (29,32):

- 1. Las mujeres mayores no experimentan satisfacción sexual y tampoco tienen sentimientos de placer o deseo sexual.*
- 2. La actividad sexual es perjudicial para la salud durante la vejez debido a la mayor presencia de enfermedades.*
- 3. El único fin de la sexualidad es la procreación desde el matrimonio, por lo que resulta innecesario mantener relaciones sexuales una vez llegada la vejez.*
- 4. Las mujeres dejan de resultar atractivas para los hombres a medida que envejecen, además la mujer debe ser más joven que el hombre.*
- 5. La menopausia es una etapa patológica que supone el inicio del envejecimiento y el cese de la actividad sexual en la mujer.*
- 6. Las mujeres mayores no desean tener relaciones sexuales, en cambio los hombres siempre lo necesitan.*

Todos ellos parten de la visión edadista dominante de cara a la vejez.

El edadismo, que fue descrito por el gerontólogo R. Butler en 1969 como un estereotipo sistemático, así como una discriminación hacia las personas por el hecho de ser viejas, lleva a las generaciones más jóvenes a concebir a las personas mayores como pertenecientes a un grupo diferente al suyo, de tal forma que éstas dejan de ser vistas como seres humanos (36).

Asimismo, desde esta corriente de opinión, se identifica a la vejez con elementos peyorativos como pueden ser enfermedad, disminución de capacidades vitales, desaliño, aislamiento, dependencia, pobreza o depresión, yendo más allá de lo que la evidencia cotidiana puede mostrar como cierto.

Las investigaciones basadas en identificar los estereotipos sobre el envejecimiento de las mujeres (32) o el estudio de la sexualidad y afectividad en la vejez de Félix López citado por M.^a Victoria Hernando (29), defienden la desmitificación de esas falsas creencias como un método útil para llegar a conocer y renovar la verdadera situación de la sexualidad en esta etapa, afirmando que:

1. Las mujeres mayores mantienen su satisfacción sexual, relacionada con sus necesidades afectivas de sentirse valoradas, amadas y respetadas.
2. La sexualidad constituye un derecho básico de la salud y necesario en todas las etapas vitales, no sólo en la juventud, por lo que la mujer mayor debe poder ejercerlo libremente sin ser juzgada por ello.
3. La actividad sexual se considera beneficiosa durante esta etapa y en general es concebida por los mayores como algo positivo.
4. El objeto de la sexualidad no es la procreación ni la relación coital, sino que en esta etapa cobra mayor importancia la expresión sexual basada en la interacción y entendimiento entre la pareja, así como en el erotismo frente al acto sexual propiamente dicho.
5. Las relaciones sexuales entre la pareja no giran en torno a la atracción física o al cuerpo en sí, sino que adquieren más valor la compañía, el apoyo emocional y el placer mutuo.
6. La menopausia es una etapa fisiológica de la mujer que supone una modificación de la vivencia sexual pero no su fin.
7. Tanto hombres como mujeres desean tener relaciones sexuales y aunque la frecuencia de ellas tiende a disminuir, el interés sexual se mantiene en esta etapa.

Solamente partiendo de esta revisión individualizada de los estereotipos persistentes en la sociedad es posible obtener una investigación gerontológica viable, profunda y de calidad que otorgue otro significado a la verdadera realidad de esta etapa (36).

- La viudez o ausencia de pareja

La viudez representa un evento crucial para la mujer mayor, conduciéndola a una situación de soledad y de vulnerabilidad tanto emocional como económica, así como a encararse a procesos psicológicos de duelo, despersonalización y en ocasiones, pérdida de identidad. Este hecho simboliza un punto de inflexión en su vida, implicando normalmente el fin de su actividad sexual. La ausencia de pareja sumada a la influencia de las actitudes típicamente tradicionales y creencias religiosas le llevan a asumir su rol de esposa y a asociar la sexualidad con la reproducción, olvidando el placer y provocando una disminución notable de su interés en las relaciones sexuales.

Anteriormente, existía una consideración negativa por parte de la sociedad hacia las mujeres viudas que restablecían nuevas relaciones afectivas. En la actualidad, este pensamiento ha menguado gracias a una nueva visión influida por los cambios culturales relacionados con la tradición matrimonial y el aumento de separaciones y divorcios, cada vez más normalizados. Además, existen mecanismos post duelo cada vez más frecuentes mediante los cuales la mujer viuda es capaz de establecer nuevas compañías, así como de reactivar su actividad sexual, como son los grupos de autoayuda o clubes de tercera edad donde se le concede a la mujer la posibilidad de consolidar nuevas relaciones, abriéndole nuevas oportunidades de cara al amor y a la sexualidad.

A pesar de ello, todavía es conveniente atender las características y condiciones de la viudez en esta etapa desde un enfoque de salud pública, social y antropológico para así proporcionar herramientas y estrategias de actuación dirigidas a las mujeres que se encuentran en este contexto, permitiéndolas mantener su bienestar y calidad de vida, ya sea solas o acompañadas. (32,37,38)

- Falta o pérdida de intimidad

La convivencia y presencia de familiares en el mismo hogar donde reside la mujer mayor o su institucionalización en un centro de cuidados por un tiempo ilimitado son las razones principales que llevan a las ancianas a carecer de cualquier tipo de intimidad, privándolas de poder expresar su interés sexual de forma libre, pues a menudo temen sentirse juzgadas por las personas de su entorno, ya sean sus seres cercanos o el personal del centro.

Por ello, resulta necesario que se mantenga un ambiente adecuado en el cual exista equilibrio entre la intimidad, la dignidad y los derechos de la anciana que le permitan disfrutar de su sexualidad (38).

5.2 Alteraciones de la salud sexual en la mujer mayor

Tabla 3. Cambios fisiológicos en el envejecimiento de la mujer: influencia en la sexualidad

CAMBIOS ANATÓMICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la longitud y diámetro vaginal, pérdida de elasticidad ▪ Involución uterina y ovárica ▪ Atrofia vulvo genital: adelgazamiento de labios mayores y menores ▪ Atrofia de la mucosa endometrial y cuello uterino ▪ Reducción del tono de los músculos del periné
CAMBIOS FUNCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descenso hormonal: estrógenos y progesterona ▪ Menor lubricación y secreción vaginal ▪ Sequedad, prurito y cambios en el pH local.

Fuente: Elaboración propia y tomado de (29,38)

Los cambios fisiológicos que acaecen en la última etapa vital son el factor biológico principal que condiciona especialmente la sexualidad de la mujer

mayor, pero, en ningún caso, tienen por qué anularla.

El problema radica en que la educación tradicional recibida por la mujer junto a los frecuentes prejuicios sociales le dificulta e incluso impide consultar sus problemas concernientes a la sexualidad. En vista a esto, es preciso que el profesional sanitario sea quien realice primero una valoración e interrogación completa de este aspecto para así lograr un abordaje íntegro de este factor tan influyente en su calidad de vida.

Las repercusiones de estos cambios son múltiples. Por un lado, el déficit estrogénico, iniciado previamente en la menopausia, es responsable de alteraciones en su esfera psíquica, manifestados en sintomatología depresiva, insomnio y ansiedad. En cuanto a la lubricación vaginal, también está relacionada con la declinación hormonal. Mientras algunas mujeres alcanzan una lubricación vaginal óptima a través de juegos sexuales y estímulos adecuados, otras sufren un grado de disfunción sexual denominado **dispareunia o coito doloroso**. Este es un síntoma que implica dolor causado por la penetración durante el acto sexual. En el tratamiento farmacológico de este síntoma se emplean varias alternativas (39,40):

- Vía tópica: cremas estrogénicas y jaleas lubricantes de tipo soluble, no hormonales y no derivadas del petróleo (causan infección).
- Vía exógena: administración de estrógenos exógenos
- Vía general y tópica: terapias con estrógenos de baja potencia: estriol y promestrieno

Además de la dispareunia, la mujer puede padecer otro tipo de disfunción sexual denominado **vaginismo**. Se trata de contracciones musculares involuntarias que imposibilitan la relación coital. El tratamiento del vaginismo engloba una combinación de terapia física, educacional y psicológica. Practicar la contracción y relajación muscular del introito vaginal puede aliviar este problema en la mujer mayor. Para ello, se recomiendan los denominados ejercicios de Kegel que fortifican el suelo pélvico (39).

El papel de la enfermera en esta situación es clave pues la consulta de Atención Primaria constituye un lugar ideal donde proporcionar asesoramiento adecuado sobre la realización y beneficios de estos ejercicios en la paciente mayor.

Por otra parte, los cambios en el pH vaginal implican una disminución de la acidez de las secreciones vaginales, llegando incluso a alcanzar la alcalinidad. Esta alteración de la acidez provoca cambios en la flora bacteriana vaginal, haciendo más propensa a la mujer a sufrir infecciones vaginales de causa bacteriana (39). Los síntomas principales de la infección vaginal son: picor, prurito vulvar, flujo anormal, irritación y disuria.

Los objetivos del tratamiento están dirigidos a (41):

- Alivio rápido de los síntomas y signos de infección: mediante higiene vulvo-vaginal adecuada y tratamiento farmacológico (antibióticos).
- Eliminación del agente patógeno.
- Evitar complicaciones en el tracto genital superior: uso de estrógenos intravaginales.
- Proporcionar información a la paciente sobre medidas preventivas en relación con las infecciones de transmisión sexual: aplicación de geles antisépticos y locales.

Las recomendaciones generales por parte de la enfermera relación con las infecciones vaginales y de transmisión sexual no sólo deben orientar a la mujer mayor sino también a su compañero sexual.

5.2.1 Cambios en la respuesta sexual femenina

Mientras las alteraciones endocrinas sí tienen efectos significativos en los cambios fisiológicos de los genitales y de otras estructuras corporales en las mujeres de edad avanzada, no existen evidencias científicas suficientemente claras que demuestren su acción directa en la libido de la mujer. De forma contraria a lo que se piensa, serían los andrógenos suprarrenales y ováricos los que poseen mayor relación con el interés sexual de las mujeres postmenopáusicas, pudiendo mostrar incluso un incremento de éste.

Sin embargo, otras investigaciones realizadas aseguran que la caída más acusada del interés sexual femenino se da entre los 65 y los 75 años y que no sólo se relaciona con factores intrínsecos de la mujer sino también con factores extrínsecos como es la conducta sexual masculina en esta etapa, caracterizada por disminución de la libido y la declinación de la urgencia eyaculatoria, que pueden dar a la mujer mayor la impresión de que ya no es sexualmente estimulante para su pareja (39).

En el caso de las mujeres, las cuatro fases fisiológicas de la respuesta sexual descritas por el DSM-5 también sufren modificaciones durante esta etapa (38,39).

1. Fase excitatoria

- ✚ La erección de los pezones sigue el mismo patrón anterior, con la existente pérdida de elasticidad mamaria.
- ✚ Sensibilidad del clítoris intacta. Se requieren estímulos más directos y suaves.
- ✚ Disminución de la lubricación vaginal. Posible grado de vaginismo.

2. Fase de meseta

- ✚ Más lenta. Requiere de una mayor duración e intensidad.

3. Fase orgásmica

- ✚ Se mantiene la capacidad orgásmica. Orgasmo menos explosivo.
- ✚ Reducción en el número de contracciones y de su intensidad.

4. Fase de resolución

- ✚ Mayor duración que en etapas precedentes.

5.2.2 Alteraciones de la salud sexual: patologías y fármacos

La aparición de enfermedades propias de esta etapa, dotadas de una mayor medicalización, posee efectos adversos influyentes en la sexualidad de las mujeres mayores. Dentro de estas patologías, destacan en la mujer mayor (38):

- **Patología cardiovascular:** no existen evidencias de que se produzcan infartos durante el coito en las mujeres mayores que padecen enfermedad coronaria. Por otra parte, se debe vigilar a aquellas pacientes que hayan sido sometidas a cirugía de bypass o que padezcan cardiopatías de tipo isquémico o insuficiencia cardiaca. No se deben evitar las relaciones sexuales, pero sí acomodarlas a las circunstancias de la paciente.
- **Patología pulmonar:** no afecta en sí la propia enfermedad, sino que requieren atención los signos de hipoxia, disnea o el tratamiento con corticoides.
- **ACV:** La presencia de un ACV puede afectar indirectamente al encuentro sexual pues resultan alterados aspectos como la autoestima y las capacidades motoras y de lenguaje. La actividad sexual no se considera causante de accidentes cerebrovasculares en mujeres.
- **Enfermedad de Parkinson:** el control de sus síntomas garantiza una buena actividad sexual, Los fármacos agonistas dopaminérgicos (pramipexol, ropinirol...) pueden incrementar el deseo sexual en la persona mayor, mientras que los fármacos anticolinérgicos empleados en las fases leves de esta enfermedad repercuten de forma inversa en la función sexual de la mujer, alterando la fase de excitación y produciendo anorgasmia (ausencia de orgasmo). Es conveniente realizar revisión y ajustes del tratamiento si se combinan ambos grupos de medicamentos.
- **Cáncer:** la presencia del cáncer puede provocar pérdida de autoestima, depresión y alteración de la percepción corporal que influyen indirectamente en la vivencia sexual de la mujer.(42)
- **Incontinencia urinaria:** se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Afecta a entre un 3% y un 55% de las mujeres. Su presencia ocasiona alteración de la función sexual como disminución de la libido, temor a la pérdida de orina durante el sexo y depresión. Se distinguen tres tipos de IU: de urgencia, de esfuerzo y mixta.

En la incontinencia urinaria de urgencia la mujer experimenta una percepción de pérdida de orina involuntaria acompañada con la necesidad urgente de miccionar. Por otro lado, en la incontinencia urinaria de esfuerzo la pérdida está causada por la realización de actividades que implican ejercicio físico o cargas de peso. La IU mixta es una combinación de ambas. Los estudios realizados postulan que mayor afectación tienen son la IUM (incontinencia urinaria mixta) seguida de la IUU (incontinencia urinaria de urgencia) clarificando que son las mujeres que sufren IUE las que presentan menor deterioro de su calidad de vida ya que se asocia con factores controlables y, por tanto, evitables.

Aun así, en el estudio de la incontinencia urinaria no se puede declarar con certeza su causalidad o asociación directa con la función sexual, sino que su presencia se asocia con otros factores como son la edad o de salud mental, que si están implicados en su alteración (43).

Tabla 4. Fármacos que afectan en la sexualidad de la mujer

Fármacos	Signo y síntoma
Andrógenos, benzodiazepinas	Incremento de la libido
Antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, propranolol, diazepam, alfametilidopa, espironolactona, estrógenos	Disminución de la libido
Anticolinérgicos, IMAO, antidepresivos tricíclicos, clonidina, alfametilidopa	Alteración de la excitación y orgasmo
Estrógenos, antidepresivos tricíclicos	Agrandamiento mamario
Clorpromazina, cimetidina, haloperidol, haloperidol, metoclopramida, antidepresivos tricíclicos	Galactorrea
Andrógenos, haloperidol	Virilización

Fuente: Sexualidad en la vejez ¿realidad o mito? (38)

6. ROL DE ENFERMERÍA: implicaciones para la práctica

La sexualidad, a pesar de ser es un aspecto fundamental y básico de la persona mayor, sigue siendo objeto de olvido por parte de la sanidad. Los prejuicios sociales, sumados a la escasa investigación realizada sobre este tema, influyen de forma evidente en los profesionales sanitarios, lo que les impide realizar un abordaje satisfactorio y completo de esta dimensión personal en los pacientes de este grupo de edad.

La relación de la enfermería, siempre próxima y respetuosa, con la mujer de edad avanzada, convierte a la enfermera en la persona óptima para abordar los problemas relativos a la salud sexual de la mujer en esta franja de edad, así como sus respectivas alteraciones. La enfermera sólo podrá desempeñar esta tarea si lleva a cabo sus funciones principales (asistencial, administrativa, docente e investigadora) de forma interdisciplinar.

Esto se traduce en que la enfermera deberá estar debidamente instruida en este tema, evitando todo prejuicio, miedo o desinterés personal que le supongan una barrera a la hora de desempeñar su rol (44).

Para ello, el primer paso será realizar una correcta valoración individual de la paciente, desde el modelo conceptual que evalúa las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Esta evaluación primaria es objetiva y ayuda en la toma de decisiones a la hora de valorar un problema como real o potencial. Tras una adecuada valoración es posible establecer diagnósticos enfermeros (NANDA), sus resultados relacionados (NOC) y las correspondientes intervenciones de enfermería (NIC).

En la valoración de la sexualidad, los diagnósticos recogidos por la taxonomía enfermera y que corresponden al patrón IX de salud: sexualidad y reproducción son los siguientes: disfunción sexual (00059), patrón de sexualidad ineficaz (00065), síndrome del trauma posviolación (00142), proceso de maternidad ineficaz (00221). La valoración se puede llevar acabo empleando cuestionarios destinados a evaluar función sexual, incontinencia urinaria o disfunción sexual en la mujer (FSM, PISQ, SyDSF-AP) presentes los Anexos 3 y 4.

Dentro del ámbito geriátrico, interesan los dos primeros diagnósticos:

Diagnóstico (NANDA): disfunción sexual (00059)

Se define como el estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de la respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

NOC relacionados:

- Funcionamiento sexual (0119)
- Envejecimiento físico (0113)

Intervenciones de enfermería (NIC)

- Asesoramiento sexual (5248)
- Manejo de la conducta sexual (4356)
- Manejo de la medicación (2380)
- Terapia de sustitución hormonal (2280)

Diagnóstico (NANDA): patrón de sexualidad ineficaz (00065)

Son las expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

NOC relacionados:

- Identidad sexual (1207)
- Autoestima (1205)
- Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS) (1905)

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- Asesoramiento sexual (5248)
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras (5622)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)

Además del modelo conceptual de Virginia Henderson, existen otros métodos más específicos, como el modelo Ex-PLISSIT (46).

El modelo Ex-PLISSIT es una herramienta de gran utilidad propuesta para enfermería a la hora de identificar los problemas y necesidades relativos a la salud sexual y la sexualidad de los pacientes. Este conocido modelo está dirigido a las enfermeras de Atención Primaria y consta de cuatro niveles:

Nivel 1: *Permission-giving*. En este nivel la enfermera comienza pidiendo permiso a la paciente, lo que les permite establecer una conversación en clima de confianza y respeto, y concediéndole la oportunidad a la paciente de expresar sus preocupaciones e introducirse en el tema de la sexualidad.

Nivel 2: *Limited information*. Se proporciona información limitada en relación con mitos y creencias conocidas, efectos de la medicación en su función sexual y su posibilidad de tratamiento. Es muy importante no dar conceptos por supuestos y centrar la atención en las necesidades del paciente.

Nivel 3: *Specific Suggestions*. Realización de sugerencias específicas que conlleven a la resolución del problema de salud.

Nivel 4: *Intensive Therapy*. Requiere la actuación no solo de la enfermera, sino también de especialistas psicosexuales que lleven a cabo terapia intensiva relacionada con problemas de pareja, violación o abuso sexual.

La naturaleza de este modelo constituye el instrumento perfecto a la hora de intervenir sobre la sexualidad de las mujeres mayores por lo que su manejo se presenta como un instrumento imprescindible en el ámbito enfermero.

Por último, este trabajo de fin de grado defiende que, en lo que respecta a la actuación de enfermería en el manejo de los problemas relacionados con la salud sexual de la mujer mayor, la función principal no debe ir orientada sólo al control terapéutico de los signos y síntomas visibles (como es el caso de la terapia hormonal empleada en la osteoporosis o los problemas de disfunción sexual) sino que debe prevalecer el asesoramiento educativo en prevención y promoción de la salud.

Este objetivo debe llevarse a cabo en los centros de salud de Atención Primaria, lugar ideal donde se establece el primer contacto entre enfermera y paciente, así como en otros niveles de salud distintos (ámbito hospitalario, residencias de la tercera edad).

Como propuesta de futura intervención en este ámbito para la mejora de la salud sexual en la mujer mayor, se propone llevar a cabo distintas acciones.

Lo primero es ampliar los estudios e investigaciones relativos a la sexualidad desde distintos puntos de vista al biológico: sociológico, psicológico, gerontológico, que serán capaces de ofrecer nuevas alternativas para transformar la realidad de las mujeres mayores, desvelando aquellos factores sociales, culturales o políticos que limitan su vida, mas allá de los factores biológicos ya conocidos.

Además, se debe orientar la atención en salud sexual no sólo a la población joven y a la reproducción sino también a las mujeres mayores, creando un clima de confianza en las consultas que favorezca el dialogo y la escucha activa y permita a las mujeres expresar sus inquietudes, dudas o temores con respecto a su sexualidad.

Esto sólo será posible si se incrementa la formación académica en las enfermeras con respecto a la sexualidad de la mujer mayor. Sería conveniente promover la realización de cursos de formación continuada, seminarios y charlas, conferencias o grupos de trabajo impartidos por especialistas en sexología, geriatría y gerontología feminista que ayuden a desterrar creencias erróneas y eliminar prejuicios. Sirva como ejemplo el que propone el Colegio Profesional de Enfermería de Valladolid que se recoge en el Anexo 5.

Tras la desmitificación, se podrá instar las políticas de atención actuales, que se encaminen a normalizar la sexualidad en las personas mayores, y que ayuden a promover prácticas sexuales adecuadas y saludables en esta etapa vital.

7. CONCLUSIONES

1. El envejecimiento sociodemográfico propicia un aumento considerable de la población en edad avanzada, particularmente de las mujeres. Por ello, se requieren herramientas y métodos sociosanitarios capaces de atender sus crecientes necesidades garantizando su bienestar y calidad de vida.
2. La sexualidad de una persona, independientemente de su edad, constituye un aspecto sustancial para una vida plena y concretamente en la vejez es el resultado de todas las experiencias sexuales anteriormente vividas, donde influyen factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos.
3. Actualmente la sexualidad en el envejecimiento es un tema tabú no exento de prejuicios para la sociedad, incluyendo a los profesionales sanitarios, lo cual pone de manifiesto la necesidad de dotarles de mayor formación en este aspecto si se desea mejorar la salud sexual de este grupo de edad.
4. Los estudios e investigaciones relativos a la sexualidad femenina en la última etapa vital resultan aún insuficientes para poder ofrecer unos cuidados íntegros y de calidad.
5. Las intervenciones sanitarias se centran fundamentalmente en el manejo terapéutico y tratamiento farmacológico de los problemas sexuales de la mujer mayor, olvidando los aspectos psicológicos como su autopercepción corporal, labilidad emocional o falta de autoestima, fundamentales para mantener una óptima salud sexual.
6. La enfermera es el primer contacto que tienen muchas mujeres mayores a la hora de consultar aspectos sobre su salud sexual. Por ello, es primordial que la profesional se ocupe de consolidar y mantener su formación continuada respecto a este tema a través de cursos, seminarios, conferencias, o charlas compartidas por especialistas que les muestren la realidad de esta dimensión en la mujer mayor, concibiéndola como lo que es, un ser sexuado con necesidades afectivas como cualquier otro y cuyas alteraciones en este aspecto deben ser tratadas para garantizar su bienestar y calidad de vida.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado García A.M, Salazar Maya A.M. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014; 25(2): 57-62.
2. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23 (1): 19-29.
3. De la Uz Herrera, M. El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano. *Bioética*. 2009; Mayo-Agosto: pg 4-8.
4. Bordignon N.A, El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005;2(2):50-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
5. Merchán E, Cifuentes R. Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento. Recuperado de: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>.
6. Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España ¿reto o problema social? *Gerokomos*. 2012; 23 (4): 151-155.
7. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, informes envejecimiento en red. 2020; 25:1-39. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
8. Herrera A, Guzmán A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23(1): 65-76.
9. Otero Ángel et al. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev. Esp Salud Pública*. 2004; 78 (2): 201-213.
10. Sancho Castiello M, Rodríguez Rodríguez P. Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de Historia y una mirada hacia el futuro. *Psychosocial Intervention*. 2001 ;10(3) :259-275.

11. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. esp Geriatr Gerontol.* 2002; 37 (S2): 94-105.
12. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida a 1 de enero de 2018. Recuperado de: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
13. Instituto Nacional de Estadística (2018). Evolución de la esperanza de vida al nacimiento según sexo, 1 de enero 1975 – 1 de enero 2018. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414#!tabs-grafico>
14. Castaño D, Martínez-Benloch I. Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de psicología.* 1990; 6 (2):159-168.
15. ¿Sabes cuál es la diferencia entre sexo y género? [Internet]. Salud sexual para inmigrantes. 2014 [citado 22 abril 2020] Disponible en: <https://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/sabes-la-diferencia-entre-sexo-y-genero/>
16. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro J.M. Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Aten Primaria.* 2008; 40(6): 305-309.
17. Casado Muñoz, R, Lezcano, F, Rodríguez Conde, MJ. Envejecimiento activo y acceso a las tecnologías: Un estudio empírico evolutivo. *Comunicar.* 2015; 23(45):37-46. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15839609004>
18. Becerril González R. Cuerpo, cultura y envejecimiento. Análisis de la imagen corporal en la publicación "60 y más" (IMSERSO). *Agora para la EF y el deporte.* 2011; 13(2): 139-164.
19. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva World Health Organization, 2006. [consultado el 2 de mayo de 2020] Recuperado de: (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)
20. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(559): 2-18.

21. Claramunt Busó C, Hernansaiz Cañete B, León Zarceño E. La salud sexual en la educación: conocimientos y actitudes en la etapa adolescente. *Información psicológica*. 2004; (85-86): 50-59.
22. Güemes-Hidalgo M, Ceñal MJ. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 2017; 5 (1): 7-22.
23. Rodríguez León M, Ramón Arbués, E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global*. 2013; (32): 362-369.
24. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennet KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. 2000; 107(8): 964-968.
25. Charlton Lewis, D. Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales* (Cr). 2003; 6(102):107-112. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15310209>
26. Capote Bueno M, Segredo Pérez A, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. *Rev cubana Med Gen Integr* Dic 2011 [citado 10 de mayo de 2020]; 27(4): 543-557. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.
27. Calleja C. Menopausia. *Farmacia Profesional*. Enero de 2006;20 (1): 59-62.
28. Olaya Peláez Á, Cardona D y Agudelo HB: La flor de la vida. *Pensemosen el adulto*. Medellín: Universidad de Antioquia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2006; 24(2): 148-148.
29. Hernando Ibeas, MV. Sexualidad y afectividad en la vejez. En: Giró Miranda, J. *Envejecimiento, salud y dependencia*. La Rioja: Universidad de la Rioja; 2005; p 63-80.
30. Valenzuela Jara D et al. Percepción de profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad en adultos mayores (Chile). *Cultura de los cuidados*. 2019; 23 (55): 68-77.
31. Declaración Mundial de los Derechos Sexuales. Valencia, España: 13^o Congreso Mundial de Sexología; 1997. Recuperado de http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/02/Decl.Univ_.Derechos-sexuales-Valencia.pdf

32. Cerquera A, Meléndez C, Villabona C. Identificación de los estereotipos sobre envejecimiento femenino, presentes en un grupo de mujeres jóvenes. *Pensamiento Psicológico*. 2012; 10(1): 77-88.
33. Cerquera A, López K, Núñez Y, Porras E. Sexualidad femenina en la tercera edad. *Infomes Psicológicos*. 2013; 13(2): 135-147.
34. Torres Mencía S et al. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: 4 septiembre: p1-26
35. Carbajo Vélez M.C. "Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante". *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 2009; nº24. (Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos> - Consultada en fecha (22-mayo-2020)
36. Freixas Farré A. La vida de las mujeres a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de psicología*. 2008; 39 (1): 41-57.
37. Montes de Oca V. Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología*. 2011; 14 (5): 73-107.
38. Herrera A. Sexualidad en la vejez: ¿Mito o realidad? *Rev. Chil.obstet.ginecol*. [Internet]. 2003 [citado 27 mayo 2020] ;68 (2): 150-162. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262003000200011&script=sci_arttext&tlng=n
39. Mulligan T. Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Médica* [Internet]. 1998;29(4):148-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28329408la>
40. Sánchez Mariscal et al. Actitud ante una mujer posmenopáusica que consulta por sofocos y dispareunia. *Aten Primaria*. 2006;37(3): 167-72.
41. Cires Pujol et al. Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales. *Rev Cubana Fam*. 2003; 37 (1): 38-52.
42. Matzo et al. Evaluating a Sexual Health Patient Education Resource. *J Adv Pract Oncol* 2015; 6:242–248.

43. Herrera Pérez A et al. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; 32 (6): 624-628.
44. García Vallejos G et al. Percepción de profesionales de enfermería sobre la valoración de la sexualidad en adultos mayores. *Cultura de los Cuidados.* 2019; 23 (55).
45. Universidad de Valladolid - SSO [Internet]. *Www-nnnconsult-com.ponton.uva.es.* 2020 [cited 3 June 2020]. Available from: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/59>
46. Villarín Pastor, C. Olea Fraile, E. Sexualidad en la vejez. Trabajo de fin de Grado: La enfermería y sexualidad en la vejez. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. 2016.
47. Álvarez Suárez J. Del Castillo Arévalo F. Fernández Fidalgo D. Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de patrones funcionales. Atención Primaria Gijón . Área sanitaria V. Junio, 2010. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
48. Figuero-Martín L. Duarte-Clíments G. Sánchez Gómez M.B. Brito Brito P.R. Abordaje de la sexualidad en atención primaria. ¿Qué valorar? *ENE, Revista de Enfermería.* 2015; 9 (2). Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs>.
49. Sánchez F et al. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la mujer (FSM). *Aten Primaria.* 2004; 34 (6): 286-294.
50. Especialista en salud sexual para enfermería comunitaria: formación presencial – Acalefyc [internet]. *Acalefyc.com.* 2020 [cited 4 june 2020]. Disponible en: <http://www.acalefyc.com/especialista-salud-sexual-enfermeria-comunitaria-formacion-presencial/>

9. ANEXOS

Anexo 1

Declaración Mundial de los derechos sexuales de Valencia en 1997

- 1. Derecho a la libertad sexual:** la libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
- 2. Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual:** involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3. Derecho a la privacidad sexual:** involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- 4. Derecho a la equidad sexual:** este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
- 5. Derecho al placer sexual: el placer sexual: incluyendo** el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6. Derecho a la expresión sexual emocional:** la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- 7. Derecho a la libre asociación sexual:** significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
- 8. Derecho a hacer opiniones reproductivas, libres y responsables:** abarca el derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho a los métodos de regulación de la fertilidad.
- 9. Derecho a información basada en el conocimiento científico:** la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
- 10. Derecho a la educación sexual comprensiva:** este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- 11. Derecho al cuidado de la salud sexual:** debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

Anexo 2

Índice menopáusico de Kupperman y Blatt: consta de 11 síntomas menopáusicos y climatéricos evaluados por su intensidad.

Tomado de (26)

Tabla 5. Valoración de la sintomatología menopáusica. Índice de Blatt.

Síntoma	Constante	Intensidad
Sofocos, sudoración	4	
Parestesias	2	
Insomnio	2	
Irritabilidad, nerviosismo	2	0= Ausente
Depresión	1	1= Ligera
Cefaleas	1	2= Moderada
Vértigos, mareos	1	3= Grave
Artralgias, mialgias	1	
Palpitaciones	1	
Hormigueos	1	
Fatiga		

Valoración global **15-20 Leve** **20-35 moderada** **> 35 = Severa**

Fuente: (26)

Anexo 3

Tomado de (47)

Valoración del patrón IX de salud de Marjory Gordon: Sexualidad y reproducción

¿ Qué es lo que valora?

- ❖ Patrones de satisfacción o insatisfacción sexual
- ❖ Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
- ❖ La seguridad en las relaciones sexuales
- ❖ El patrón reproductivo
- ❖ La premenopausia y la posmenopausia
- ❖ Problemas percibidos por el paciente

¿Cómo se valora?

- ❖ Menarquía y ciclo menstrual
- ❖ Menopausia y síntomas relacionados
- ❖ Métodos anticonceptivos
- ❖ Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción
- ❖ Problemas o cambios en las relaciones sexuales

Alteración del patrón:

- ❖ Si la persona expresa preocupación con respecto a su sexualidad, así como trastornos o insatisfacción.
- ❖ Si existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer o en la menopausia.
- ❖ Si existen relaciones de riesgo.

Anexo 4

Tomado de (48,49)

Se dispone de numerosos cuestionarios en Atención Primaria utilizados por el personal de Enfermería Familiar y Comunitaria que evalúan cuestiones relacionadas con la salud sexual de las mujeres:

Función sexual de la mujer: FSM

Es un cuestionario validado por la Comunidad Valenciana que consta de dos tipos de dominios. El primer tipo consta de DEAS (evaluadores de la actividad sexual) y se responde a partir de la escala Likert que tiene de cinco valores:

1. Nunca
2. Raramente
3. A veces
4. A menudo
5. Casi siempre- siempre

El otro tipo de dominio es descriptivo, es decir, no posee valor cuantitativo y simplemente ayuda a conocer cuestiones como la frecuencia de las relaciones sexuales, la existencia de pareja o la presencia de DS en la paciente a la que se le realiza la encuesta. Consta de 14 ítems, uno alternativo y una pregunta respuesta abierta, todo ello a cumplimentar en 5-10 minutos. La participante lo realizara en dos ocasiones con un intervalo de 4 semanas.

Los resultados diagnósticos se pueden clasificar en: trastorno grave, moderado o sin trastorno.

Tabla 6. Dominios e ítems del cuestionario FSM.

TABLA 1 Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM), dominios e ítems que lo integran		
Dominios	Ítems	Evaluación
Evaluadores de la actividad sexual		
Deseo	1, 2, 4	Respuesta sexual
Excitación	3, 4, 5	
Lubricación	5	
Orgasmo	9	
Satisfacción de la actividad sexual	9, 13	
Satisfacción sexual general	14	
Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	Otras posibles disfunciones sexuales
Ansiedad anticipatoria	8	
Iniciativa sexual	10	Aspectos relacionales de la actividad sexual
Grado de comunicación sexual ^a	11	
Descriptivos		
Actividad sexual sin penetración vaginal ^b	7b	Describe sus diferentes causas
Frecuencia de actividad sexual	12	
Existencia o no de pareja sexual	11	

^aNo evaluable si la opción elegida por la mujer fuese «No tengo pareja».

^bA considerar sólo cuando haya respuesta a la pregunta 7b.

Fuente: Diseño y valoración del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) (49).

Tabla 7. Anexo 1 del Cuestionario de Función Sexual de la mujer.

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

Casi siempre-siempre (1)

A menudo (2)

A veces (3)

Raramente (4)

Nunca (5)

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc.) ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: cumplimente esta pregunta sólo si no ha contestado la anterior —pregunta 7a—.)

Por sentir dolor (a)

Por miedo a la penetración (b)

Por falta de interés para la penetración vaginal (c)

No tener pareja sexual (d)

Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

Casi siempre-siempre (1)

A menudo (2)

A veces (3)

Raramente (4)

Nunca (5)

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

Fuente: Diseño y valoración del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) (49).

Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de orina – PISQ

Tomado de (48)

Es un cuestionario que sirve como instrumento a la hora de evaluar la función sexual de aquellas mujeres que padecen prolapso genital y/o incontinencia urinaria. Es el primero que ha sido validado y adaptado culturalmente para su uso en España. Este cuestionario engloba dimensiones como: la respuesta sexual femenina, limitaciones de la mujer en la relación sexual y limitaciones del hombre. Compuesto por de 12 ítems medidos en escala Likert de 0 (siempre) a 4 (nunca) y se invierte la puntuación para los cuatro primeros ítems. El rango de puntuación de este instrumento es de 0 a 48, indicando que, a mayor puntuación, mejor función sexual.

♀ PISQ-12 ⁽²²⁾
Durante los últimos 6 meses.
1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.
2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero? 3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?
4. ¿Está satisfecho con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?
5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?
6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?
7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?
8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?
9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?
10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?
11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?
12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?

Figura 1. Fuente: Abordaje de la sexualidad en atención primaria. ¿Qué valorar? (48).

Cuestionario para la Salud y Disfunciones Sexuales Femeninas en AP - SyDSF-AP

Tomado de (48)

Este tercer cuestionario es una herramienta originalmente validada en España, cuya función es valorar la función sexual femenina y su correlación con el ciclo vital, situación sociofamiliar y estado de salud.

Consta de 21 preguntas, algunas de ellas abiertas, divididas en:

- + Dominio descriptivo sociodemográfico y del estado de salud: ayuda a conocer el perfil de las mujeres encuestadas, así como los factores que pueden influir en su sexualidad, desde la pregunta 1 a la 9.
- + Dominio de función sexual: abarca desde la pregunta 10 a la 18 y es contestada mediante una escala Likert que consta de 6 valores.
- + Una pregunta de satisfacción sexual con la pareja valorada de 0 a 10.
- + Una última pregunta para recoger los comentarios que puedan surgir durante la realización del cuestionario y que no establece puntuación.

♀ SyDSF-AP ⁽²³⁾	
No establece espacio temporal	
1.	¿Cuántos años tiene?
2.	¿Estado civil?
3.	¿Pareja estable en los últimos 6 meses?
4.	Número de hijos
5.	Número de embarazos
6.	Nivel de estudios
7.	Situación laboral
8.	Hábitos. ¿Realiza ejercicio físico? ¿Tabaco? ¿Alcohol?
9.	¿Padece alguna enfermedad? ¿Toma fármacos? ¿Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? En caso afirmativo conteste a las siguientes preguntas:
10.	¿Está satisfecha con su vida sexual?
11.	¿Ha decaído su interés por el sexo?
12.	¿Tiene menos relaciones placenteras durante su vida sexual?
13.	¿Se siente excitada o estimulada durante la relación sexual?
14.	¿Siente dolor durante la relación sexual?
15.	¿Logra tener orgasmos?
16.	¿Tiene dificultades cuando tiene sexo con su pareja, pero no cuando se masturba en soledad?
17.	Si por usted fuera, ¿podría prescindir de las relaciones sexuales?
18.	¿Se siente deprimida y nerviosa porque tiene problemas sexuales?
19.	En caso de tener problemas sexuales, estos comenzaron después de...marque todas las que considere.
20.	¿Qué nota le pondría a su pareja de 0 a 10?
21.	¿Desea realizar algún comentario?

Figura 2. Fuente: Abordaje de la sexualidad en atención primaria. ¿Qué valorar? (48).

Anexo 5

Tomado de (50)

En cuanto a la elaboración de cursos que permiten a la enfermera introducirse en la sexualidad y salud sexual, se ha encontrado el curso presencial de formación continuada: **“Especialista en salud sexual para Enfermería Comunitaria”** enfocado a profesionales de Enfermería que desarrollen su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria. Mediante este curso, la enfermera que tenga interés podrá adquirir una formación que le permita atender a las demandas de sus pacientes en materias relacionadas con su esfera sexual.

Este curso fue impartido en 2017 en el Colegio Profesional de Enfermería de Valladolid y sería conveniente que se impartiese hoy en día pues cuenta con interesantes objetivos:

1. Facilitar el abordaje de la esfera sexual de los pacientes mediante la mejora de las habilidades comunicativas en temas relativos a las relaciones sexuales y de las relaciones de pareja.
2. Intervención en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales, tanto masculinas (disfunción eréctil, eyaculación precoz, falta de deseo, anorgasmia...) como femeninas (vaginismos, dispareunias, anorgasmia, falta de deseo...).
3. Abordaje de la esfera psicosocial de nuestros pacientes de forma específica, orientada hacia los aspectos relacionados con la sexualidad.
4. Abordaje comunitario e intervención en las dificultades más frecuentes en las relaciones de pareja, realizando una prevención primaria en la violencia de género.
5. Abordaje de la sexualidad en personas con discapacidad física e intelectual.
6. Abordaje e intervención en la sexualidad de los pacientes oncológicos y sus parejas.