

**Trabajo de Fin de Grado**

**Curso 2016/17**



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

# **LA ENFERMERÍA Y LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ**

**Autora: Cristina Villarín Pastor**

**Tutora: Elena Olea Fraile**

## Índice

1. Introducción / Justificación.....	1
2. Objetivos.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
3. Material y métodos.....	5
4. Desarrollo del tema.....	6
4.1 La enfermería y la sexualidad en los ancianos.....	6
4.2 El envejecimiento y la sexualidad.....	7
4.2.1 La sexualidad en la mujer.....	9
4.2.2 La sexualidad en el hombre.....	9
4.3 Problemas y disfunciones sexuales más frecuentes.....	10
4.4 Influencia de la enfermedad en la actividad sexual.....	12
4.5 Actitudes ante la sexualidad en los ancianos.....	15
4.6 Estrategia de actuación.....	17
4.6.1 Cómo puede actuar enfermería ante la sexualidad de los ancianos.....	18
4.6.2 Modelo Ex-PLISSIT.....	21
5. Discusión.....	24
6. Conclusiones.....	27
7. Bibliografía.....	28
8. Anexos.....	31

## Resumen

El envejecimiento de la población hace que la calidad de vida de los años vividos cobre cada vez mayor importancia. Uno de los aspectos que influyen en ella es la sexualidad, considerada siempre un tema tabú cuando se habla de personas mayores. La sexualidad es un factor determinante y muy beneficioso para la salud, en ella se producen diversas alteraciones con el paso de los años, que influyen significativamente en el desarrollo de la vida sexual, además se ve afectada por la aparición de enfermedades y el consumo de fármacos. La enfermería puede desempeñar un papel muy importante, mediante la provisión de educación sanitaria, por lo que es imprescindible el desarrollo de un proceso formativo que aumente sus conocimientos, para dar respuesta a estas necesidades y proporcionar unos cuidados integrales y de calidad.

El objetivo de este trabajo es conocer la relación existente entre la enfermería y la sexualidad de los ancianos, descubrir que actitudes despierta, que formación es necesaria y describir los posibles métodos de intervención mediante cuidados de enfermería. Todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se observa que la preparación de los enfermeros en este campo es muy escasa y el desarrollo de estrategias de intervención en la materia aún no está muy estudiado. Concluyendo que es necesaria mayor investigación sobre la sexualidad de los ancianos, especialmente respecto a los cuidados de enfermería.

Palabras clave: sexualidad, ancianos, enfermería, calidad de vida

## 1. Introducción / Justificación

El envejecimiento progresivo de la población hace que cada vez cobre mayor importancia la salud del anciano. Según la OMS entre 2015 y 2050 se duplicará el número de habitantes mayores de 60 años (1). Los avances científicos hacen posible que nuevas generaciones vivan más años, de este modo adquiere mayor relevancia no solo el vivir muchos años si no también vivirlos de la mejor forma posible. De este modo el sistema sanitario está orientado, según la Ley General de Sanidad, a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La OMS habla en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud del concepto de envejecimiento saludable, definiéndolo como el “Proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” y propone para ello entre otras cosas adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente (2), en este contexto se enfoca el tema principal de este trabajo.

Resulta complicado definir la sexualidad; La OMS define en 2002 el concepto de sexualidad como “dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano basada en el sexo, que incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción” Experimentada en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y espirituales (3).

La declaración universal de los derechos sexuales de Valencia en 1997 (Anexo 1) afirma que “el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, y que éste depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.” Se identifica a los profesionales de la salud como los responsables de promover, respetar y defender estos derechos, asegurando el desarrollo de una sexualidad saludable y creando un ambiente que reconozca, respete y ejerza los derechos sexuales (4). Aunque esta declaración es relativamente nueva, ya en 1984 se habla de un decálogo de los derechos sexuales de la vejez (Anexo 2).

La OMS también invita a que programas de salud, políticas y profesionales proveedores de salud acepten el potencial rol positivo que tiene la sexualidad en la vida de las personas y elaboren programas de salud enfocados a mejorar la salud sexual de la sociedad (3).

Generalmente se asume que las relaciones sexuales tienen mayor importancia en la juventud y que el placer disminuye con los años (5), aunque múltiples estudios afirman que la población adulta permanece sexualmente activa después de los 60 años, desvinculando la imagen de fragilidad y asexualidad de la vejez y apoyando que la sexualidad es una necesidad humana presente a lo largo de toda la vida (6-8). Además se ha relacionado la presencia de actividad sexual en edades adultas con una buena salud y mejor calidad de vida (9-10).

Según estos datos se puede decir que la importancia del sexo no disminuye necesariamente con los años, sin embargo, puede verse afectada como consecuencia de problemas de salud como son la artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, diabetes, hipertensión, patologías cardíacas, depresión o la muerte de la pareja. Además el consumo de medicamentos como los utilizados para la hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares interfieren de forma significativa en la actividad y funcionamiento sexual (5). Las dificultades experimentadas con la edad para ser sexualmente activos pueden empujar a las personas mayores a dar menos importancia al sexo, especialmente con la aparición de enfermedades y la viudez. Por lo tanto hay que tener en cuenta que la actividad sexual en las personas mayores puede ser placentera y enriquecedora pero que con la edad aumentan los riesgos de enfermedad y sus efectos adversos sobre la sexualidad, y es ahí donde los proveedores de salud deben intervenir (11).

Los profesionales de la salud, muchas veces no se implican en la esfera sexual del paciente por considerarla fuera de sus funciones y por falta de educación y experiencia (12). Se considera que la enfermera como profesional de la salud cuya práctica implica la naturaleza íntima de los cuidados y el contacto cercano y constante con el paciente, tiene la mejor posición para proveer a los pacientes la oportunidad de hablar sobre sexualidad y salud sexual (13), ayudándoles de esta forma con sus necesidades y dudas y en definitiva

contribuyendo a aumentar su calidad de vida. La valoración de la sexualidad se encuentra entre los diagnósticos de enfermería NANDA, entre los que se incluye disfunción sexual (00059) y patrón sexual inefectivo (00065) (14), diagnósticos sobre los que se puede y debe actuar en cualquier etapa de la vida.

Por todo lo expuesto anteriormente parece muy importante la necesidad de trabajar en la creación de programas de intervención de salud sexual dirigidos a la población anciana, con el objetivo de proporcionar una asistencia integral y holística que promueva un acercamiento positivo a la salud y sexualidad en las personas mayores mejorando su calidad de vida. Se ha detectado una carencia asistencial en la atención a esta necesidad, especialmente en este grupo de población, y todos los estudios revisados están de acuerdo en que es una parte importante de la esfera personal a lo largo de toda la vida con gran influencia en el bienestar de la persona. Además, es interesante abordarlo desde el punto de vista de la enfermería por su labor en la educación para la salud, ya que representa un rol crucial para el desarrollo de estos programas de actuación. Para ello es necesario realizar una revisión bibliográfica para conocer los estudios realizados sobre la sexualidad en los ancianos, detectar cuáles son las carencias en cuanto a conocimientos de los profesionales de enfermería en éste ámbito, su actitud sobre el tema y qué recursos y formación precisan para llevar a cabo esta mejora dentro del servicio sanitario.

## 2. Objetivos

### **Objetivo general**

El objetivo principal de este estudio es revisar cuáles son los conocimientos necesarios a nivel de enfermería respecto a la sexualidad de las personas mayores y describir los métodos más adecuados para mejorar la atención a las necesidades de salud de esta población.

### **Objetivos específicos**

- Recopilar y resumir la información sobre lo estudiado sobre la sexualidad en los ancianos, los cambios que se producen e influencia de las enfermedades y la medicación sobre ella, enfocándolo desde la actuación de enfermería.
- Recalcar la importancia y necesidad del aumento de conocimientos sobre la sexualidad en edades avanzadas entre los profesionales de enfermería, para mejorar la intervención sobre dicha población.
- Contribuir un paso más a la mejora de la salud y bienestar de los ancianos.

### 3. Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica durante los meses de diciembre de 2016 y febrero de 2017, mediante la búsqueda a través de internet de palabras clave en fuentes de datos bibliográficos fiables, entre las que se utilizaron: Pubmed, Google académico, Tripdatabase y Biblioteca virtual de salud,

La búsqueda de artículos se realizó tanto en inglés como en español, utilizando las palabras clave: sexualidad, ancianos, adultos mayores, enfermería, “sexuality”, “elderly”, “aged” “nurse”, “sexual” “health”. Se filtraron las publicaciones de los últimos 10 años, que tuvieron que ser ampliadas a los últimos 20 años para aumentar el número de artículos incluidos, ya que no es mucha la investigación realizada en el tema, y se consideró que los artículos con más de 10 años hablaban de temas de actualidad y estaban avanzados a la época, se descartaron los artículos de los que no se pudiera obtener el texto completo.

Se seleccionaron un total de 61 artículos de los que, tras la lectura de los resúmenes, se descartaron algunos por no encajar con el tema o no responder a los objetivos planteados, aunque inicialmente por el título si resultaran de interés. Finalmente se escogieron 40 artículos para la realización del trabajo, por considerarlos relevantes para el tema de investigación y ser útiles para responder a los objetivos de ésta.

Se han escogido estudios que incluyen poblaciones a partir de los 50 años de edad en adelante, además se han tenido en cuenta estudios en los que la población no estaba dentro de ese rango de edad pero resultaban interesantes para la realización del trabajo.



## 4. Desarrollo del tema

### 4.1 La enfermería y la sexualidad en los ancianos

La naturaleza de la relación de la enfermería con el paciente, el carácter íntimo de su intervención, siempre cercana, puede ser de gran utilidad para abordar temas sobre la sexualidad y sus diferentes alteraciones provocadas a través de la medicación o ciertas patologías (15). Las enfermeras y enfermeros están especialmente cualificados para proporcionar educación para la salud tanto al paciente como al familiar y son los profesionales que más tiempo pasan en contacto con los pacientes, convirtiéndose en el personal sanitario más adecuado para abordar esta tarea (16).

Los enfermeros de atención primaria tienen un acceso privilegiado a personas con alteraciones sexuales, pudiendo convertir la relación de continuidad en un momento ideal para la educación sexual, para informar, asesorar y educar a los pacientes. Para que esto se consiga deben romper tabúes empezando por los propios e intentar que hablar de sexualidad sea un tema más y sea abordado con la misma naturalidad que cuando se hace sobre diabetes o hipertensión.

Se trata de una concepción diferente de brindar cuidados, con un abordaje proactivo, cuyo elemento principal es el diálogo y la escucha activa, estableciendo una relación de apoyo y confianza con el paciente, siempre dejando clara la confidencialidad de los asuntos tratados, demostrando empatía y ayudando al anciano a tomar decisiones propias sobre su sexualidad de manera informada y haciendo uso de sus propios recursos.

Para ello, enfermería debe incluir preguntas sobre salud sexual como parte de los cuidados diarios y no asumir que el paciente puede sentirse ofendido o avergonzado al hablar de su sexualidad. Hay que acabar con las barreras existentes y normalizar el tema iniciando la conversación, preguntando al paciente y tratando de comprender sus necesidades. Los cambios generacionales pueden afectar a la percepción de la importancia del sexo y probablemente las nuevas generaciones de ancianos sean mucho más abiertas a hablar, más sexualmente activos y más aptos para cambiar hábitos de vida en este aspecto (15).

## 4.2 El envejecimiento y la sexualidad

No se puede hablar de una determinada edad para el inicio del envejecimiento, si no que se trata de un proceso gradual que implica una serie de cambios. Cambios biológicos que en los varones se producen de forma lenta y gradual, pero que en la mujer aparecen de forma abrupta con la menopausia. Otra de las grandes diferencias en cuanto al sexo es que la mujer pierde la capacidad reproductiva, mientras que el hombre puede conservarla durante toda su vida (17).

Según un estudio realizado en España en 2012 la presencia de actividad sexual en los ancianos se relaciona con tener pareja, buena educación y una autoevaluación positiva del estado de salud tanto físico como sexual (7). Además la actividad sexual previa condiciona de manera significativa la que se desarrollará en la vejez (18).

La forma en que se acepte el paso de los años, la autonomía, capacidad de manejar el estrés, dependencia de los padres mayores, presencia de los hijos en casa, comunicación en la pareja, vivencia de la intimidad y en definitiva la salud general y salud sexual de la pareja son factores de gran importancia en el funcionamiento sexual e influyen en su mantenimiento y satisfacción (19).

El envejecimiento implica la aparición de cambios fisiológicos, cambios psicológicos y en el ámbito personal muy significativos para el desarrollo de la vida normal. Adquiere mucha importancia la soledad afectiva, como problema de salud importante, y se considera que a través de la sexualidad se puede combatir esta soledad, al hacerles sentirse queridos, deseados y aceptados (17).

La jubilación supone un cambio muy importante en la vida de la persona que si no es aceptado de manera adecuada puede ser muy negativo, la disminución de la actividad física, mental y cese de las relaciones sociales, inactividad y sensación de marginación, puede causar deterioro físico y mental que afecten a la vida de la persona y también a su sexualidad. Es importante fomentar las relaciones sociales y ayudar a aceptar esta etapa de manera positiva y disfrutarla (18).

La vejez es una etapa de pérdidas con sus duelos correspondientes y la capacidad de afrontamiento del anciano determinará su estabilidad emocional y salud mental. Cambios en el ámbito de la vida familiar como la emancipación de los hijos, pérdida de la pareja y circunstancias familiares de enfermedad o muerte tienen gran repercusión a nivel emocional en las personas mayores (17).

Con la edad, el interés y la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyen, debido a la combinación de múltiples factores psicológicos y fisiológicos que hacen priorizar de distinta manera la sexualidad, y no debido a la edad en sí, como se podría pensar, ya que los cambios físicos de la edad no implican necesariamente una disminución en la función sexual (19,20).

La sexualidad en los ancianos requiere un enfoque distinto de entender las relaciones sexuales, sin presión, llenas de caricias y tranquilidad, no necesariamente centradas en la actividad coital (17). Además existen ciertas ventajas que favorecen la sexualidad como mayor disponibilidad de tiempo para la experimentación y el juego, ausencia de niños en casa, la falta de preocupación por embarazos no deseados y la mejor sincronía en los procesos de excitación por disminución de la urgencia eyaculatoria en el varón (18, 21).

También existen ciertas barreras que dificultan el desarrollo de su sexualidad, como la existencia de estereotipos, falsas creencias y actitudes de la sociedad en general. La pérdida de independencia e intimidad, problemas de salud, incapacidad, cansancio generalizado, debilidad o malestar que implican poca energía para cuidarse o realizar actividades sociales dificultan muchas veces el interés y desarrollo de las relaciones sexuales (5).

Todos estos cambios no tienen por qué condicionar de forma negativa la sexualidad en los ancianos. El conocimiento de los cambios a los que se van a enfrentar como consecuencia del envejecimiento puede resultar de gran ayuda para contribuir a que las personas mayores acepten y se adapten a ellos con actitud positiva, reforzando su autoestima, favoreciendo relaciones sexuales y afectivas satisfactorias y creando una imagen de la sexualidad más realista, adaptada a sus necesidades y capacidades.

#### 4.2.1 La sexualidad en la mujer

Según los estudios revisados las mujeres mayores tienen relaciones sexuales con frecuencia, pero también es alta la prevalencia de problemas sexuales entre ellas (22).

El climaterio constituye un momento crucial de cambios para la mujer, implica modificaciones asociadas a la alteración del funcionamiento hormonal, la disminución de la producción de estrógenos y cambios a nivel funcional que afectan a los órganos de la reproducción. Entre los cambios que se producen está la disminución de la lubricación vaginal y disminución del pH de la vagina, que hace a la mujer más propensa a las infecciones, también se produce el estrechamiento del epitelio vaginal y pérdida de elasticidad. Se produce a su vez la disminución del tamaño del útero, las trompas y el ovario y aparecen modificaciones en los labios mayores (17). Todos estos cambios pueden condicionar la respuesta sexual de forma significativa, además es frecuente la atrofia urogenital (escozor vaginal, molestias, sequedad y dolor durante el coito) puede resultar el más molesto de todos en el desarrollo de las relaciones sexuales (20).

Además de los cambios fisiológicos el climaterio implica cambios a nivel psicológico, como la irritabilidad a veces consecuencia de las alteraciones del sueño y tendencia a desarrollar pobre autoestima, apareciendo así cambios en la respuesta sexual, como la necesidad de más tiempo para alcanzar la excitación por pérdida de sensibilidad, disminución del deseo y anorgasmia. Generalmente el aspecto psicológico tiene mayor influencia en la sexualidad de la mujer que el físico, siendo a esta edad muy frecuentes la depresión y ansiedad, que tienen un gran impacto en la función sexual de la persona (17,21,22).

#### 4.2.2 La sexualidad en el hombre

Al igual que en las mujeres, existen factores físicos, psicológicos y ambientales que influyen de manera decisiva en el mantenimiento o pérdida de la sexualidad de los ancianos (19).

Los cambios que aparecen en el hombre son resultado de un proceso más gradual que se inicia a partir de los 30-40 años. Se producen alteraciones fisiológicas en la estructura del pene, disminuyendo la concentración de fibras elásticas de colágeno en el músculo liso y también alteración de la sensibilidad de éste (22).

Con la edad hay una prolongación del tiempo necesario para alcanzar una erección y mayores dificultades para mantenerla. El orgasmo y el sentimiento de eyaculación inminente pierden intensidad, el pene pierde la erección con mayor facilidad y el volumen de la eyaculación es menor (22). Disminuye el tamaño de los testículos, aumenta el de la próstata, se produce menor cantidad de espermatozoides que son de peor calidad y hay menor producción de testosterona (17).

Al igual que en la mujer existe una afectación psicológica, aunque en el caso de los hombres a la hora de aparecer disfunciones sexuales influye más el aspecto fisiológico que el psicológico, siendo ambos importantes, ya que el deseo permanece intacto pero falla la ejecución o respuesta sexual esperada (17).

Además es común en hombres y mujeres la alteración de los procesos de excitación sexual, la excitación tardará más en llegar y se requerirán nuevos estímulos, más constantes y durante más tiempo. La respuesta orgásmica se hace menos intensa y el periodo refractario se alarga (17).

#### 4.3 Problemas y disfunciones sexuales más frecuentes

-Deseo sexual hipoactivo: ausencia persistente o frecuente de fantasía sexual, pensamientos o receptividad a la actividad sexual por causa fisiológica, psicológica o ambas. La edad, salud mental y factores psicológicos son los factores con mayor influencia en la afectación del deseo sexual. También se consideran factores importantes ser cuidador de pareja enferma, enfermedad, disminución de los ingresos o vivir solo, circunstancias habituales en las personas mayores.

-Problemas de la excitación: incapacidad para alcanzar o mantener la excitación sexual., experimentada por pérdida subjetiva de excitación, o falta de respuestas genitales o somáticas. De nuevo puede tener causas psicológicas o fisiológicas y los síntomas de la menopausia pueden contribuir a ello.

-Trastorno del orgasmo: dificultad, retraso o ausencia persistente o frecuente de alcanzar un orgasmo tras estimulación y excitación sexuales suficientes. Primario (nunca alcanzado) o secundario (era capaz pero ya no lo es o le cuesta más). No relacionado necesariamente con la edad.

-Dolor durante las relaciones sexuales: pueden ser causados por alteraciones del suelo pélvico como incontinencia urinaria, cistocele, rectocele, enterocele y prolapso uterino o vaginal. Estas alteraciones aumentan con la edad y la maternidad. También existen causas psicológicas y fisiológicas que provocan estas alteraciones.

-Dispareunia: dolor persistente o habitual durante las relaciones sexuales.

-Vaginismo: espasmos involuntarios del músculo del tercio exterior de la vagina y musculatura pélvica que impiden la entrada del pene o cualquier objeto en la vagina (19, 22).

La disfunción sexual más frecuente en el hombre es la Disfunción Eréctil, que se define como la incapacidad de lograr o mantener una erección suficiente para mantener relaciones sexuales satisfactorias. Se trata de un problema asociado a la edad aunque puede presentarse en pacientes más jóvenes, afecta a la salud física y psicosocial del paciente y repercute sobre su calidad de vida. Principalmente se produce por reducción del flujo sanguíneo en la zona, que puede ser debido a la diabetes, tensión arterial alta, tabaquismo o consumo de alcohol, además de la influencia de factores psicológicos. El descubrimiento de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPD5), medicación oral efectiva para el tratamiento de esta patología hizo que un mayor número de pacientes perdiera la vergüenza para consultar con su médico su problema, aunque aún son muchas las personas que no piden ayuda ante la aparición de disfunciones sexuales (19).

En la mujer el problema más frecuente es el deseo sexual hipoactivo, que aparece después de haber tenido un deseo y función sexual consideradas

normales, aumentando la prevalencia en mujeres postmenopáusicas. Normalmente asociado a problemas de excitación y dificultad para alcanzar el orgasmo (19).

Además son frecuentes los trastornos del dolor asociado a la actividad sexual como la dispareunia, que en las mujeres mayores es producida generalmente por atrofia urogenital y el vaginismo. La aparición del trastorno orgásmico femenino puede verse influida por la relación con su pareja, enfermedad, medicación o acontecimientos traumáticos (19).

Se debe tener en cuenta que en todas las disfunciones existe un componente físico y también uno emocional, en su aparición intervienen factores como la depresión, el estrés, el tratamiento farmacológico... Su diagnóstico y tratamiento pueden resultar un gran cambio en el bienestar y la calidad de vida de éstas personas (19).

#### 4.4 Influencia de la enfermedad en la actividad sexual

En las personas mayores la comorbilidad y el uso de ciertos medicamentos se asocian a una mayor dificultad para las relaciones sexuales, su efecto negativo provoca cambios como disminución del deseo y alteración de las fases de excitación de la respuesta sexual. Especialmente las enfermedades crónicas, pueden provocar desinterés por conceptos erróneos sobre sexualidad, como su capacidad, seguridad o cambios en la percepción de la imagen corporal (7).

Las enfermedades físicas pueden afectar a las relaciones sexuales de tres maneras: directamente interviniendo en los sistemas implicados, indirectamente mediante el deterioro físico, provocando cansancio o debilidad y psicológicamente, mediante cambios en la imagen corporal y alteración de la autoestima (19).

Aún no existen muchos estudios que determinen de qué modo afectan las enfermedades a la sexualidad, probablemente debido a que si una enfermedad no está directamente relacionada con la sexualidad, no se considera importante o no se tiene en cuenta su influencia en este campo, y por lo tanto no se realiza ninguna intervención terapéutica que la incluya (19). Sin embargo existen

estudios si que reconocen la influencia de numerosas enfermedades sobre la sexualidad aunque no se conozca exactamente el mecanismo por el cuál se ven afectadas (Tabla 1).

Tabla 1. Enfermedades no sexológicas que más frecuentemente afectan la sexualidad de las personas mayores de 50 años (19)

SISTEMAS Y APARATOS	ENFERMEDADES
Cardiovascular	Hipertensión arterial, Infarto agudo de miocardio, Angina, Arterioesclerosis
Gastrointestinal	Cirrosis, Colon irritable, Enfermedad de Chron, Úlcera gástrica
Autoinmune	Fibromialgia, Artritis, Lupus
Infecciones	Infecciones de transmisión sexual, Infecciones sistémicas
Psiquiátricas	Depresión, Trastornos de ansiedad
Locomotor	Fracturas y deformaciones traumáticas, Osteoporosis
Endocrinológico	Diabetes tipo II, Hiper e hipotiroidismo, Hipogonadismo de origen tardío, hiperprolactinemia
Oncológico	Colon, Pulmón, Mama, etc
Neurológico	Parkinson, Demencia, Ictus, Enfermedades degenerativas, Esclerosis Múltiple, Dolor crónico

Las disfunciones sexuales en hombres y mujeres pueden aparecer como consecuencia de la diabetes mellitus, patologías cardiovasculares, hipertensión, enfermedad vascular periférica y abuso de tabaco. Además el tratamiento con vasodilatadores, fármacos para patologías cardiacas, antidiabéticos orales y antihipertensivos aumenta la prevalencia de disfunción eréctil, que también tiene una relación muy importante con alteraciones psicológicas como la depresión. Se asocian también a problemas de erección, cirugías pélvicas y síntomas del tracto urinario inferior (22).

La diabetes en las mujeres puede relacionarse con aumento de la fatiga, vaginitis, disminución del deseo sexual, disminución de la lubricación vaginal y aumento del tiempo requerido para llegar al orgasmo (22).

En pacientes que han sufrido un infarto puede aparecer miedo a que se produzca de nuevo durante las relaciones sexuales y ese miedo a la muerte puede contribuir a una disminución o cese de la actividad sexual.

Las fracturas de pelvis, heridas quirúrgicas, radiación, o presión perineal crónica de montar en bicicleta pueden desencadenar una disminución del flujo sanguíneo vaginal y del clítoris provocando disfunciones sexuales (22).



La patología médico quirúrgica del sistema genitourinario afecta de forma directa la respuesta sexual. Los síntomas del tracto urinario inferior tanto en hombres como en mujeres son causa de disminución de la actividad sexual, produciendo alteraciones del deseo en la mujer y problemas de erección en el hombre (19).

Patologías ginecológicas como la endometriosis, el síndrome de congestión pelviana y la cistitis intersticial están relacionadas con la dispareunia y su tratamiento mejora de forma significativa la vida sexual (19). La histerectomía puede mejorar el funcionamiento sexual o tener un efecto negativo, como la disminución del placer sexual por pérdida de las contracciones uterinas durante el orgasmo (22).

Las intervenciones de reparación de prolapso o incontinencia pueden empeorar la sexualidad, aunque la influencia de estos factores sobre la sexualidad de la mujer suele ser más psicológica, por el deterioro de la imagen corporal que supone (22).

Cuando existe fallo renal, la diálisis provoca en muchas mujeres anorgasmia, disminución de la libido y lubricación alterada. Las disfunciones sexuales en mujeres también se asocian a alteraciones psicológicas como baja autoestima, ansiedad, depresión, estrés crónico o abuso sexual (22).

La existencia de incontinencia urinaria y/o fecal puede alterar la sexualidad dependiendo de la percepción de severidad que se tenga de ella, afectando a la excitación, lubricación y al orgasmo, siempre desde el punto de vista psicológico por miedo a que se produzcan pérdidas durante la relación (19).

El cáncer, especialmente el del sistema genitourinario puede alterar en gran medida la actividad sexual, produciendo cambios a nivel anatómico, funcional y psicológico. El cáncer ginecológico muchas veces afecta a la libido, lubricación, sensibilidad vaginal o la intensidad del orgasmo, cuando la cirugía es muy radical y aparece por ejemplo la colostomía, nefrostomía, mastectomía existe una grave afectación de la imagen corporal que puede alterar enormemente la vida sexual. La radiación en cáncer de próstata decrece la función sexual afectando al deseo sexual, la erección y el orgasmo (19,22).

La influencia de las enfermedades en la sexualidad de mujeres y hombres es muy significativa, pero no tiene por qué implicar abstinencia. Los profesionales

de la salud deben ser conocedores de todos los problemas que puedan afectar a la vida sexual de los pacientes para poder ofrecer información adecuada, mejorando de esta forma la atención de sus necesidades (22).

#### 4.5 Actitudes ante la sexualidad en los ancianos

En cuanto a la sexualidad de los ancianos existe una actitud de desaprobación y prejuicio a nivel social generalizada, alentada por la imagen de la vejez que reflejan los medios de comunicación. La sexualidad se ve altamente influida por factores socioculturales, conocimientos previos, autoestima, tabúes, el estado civil y las creencias y actitudes propias. Hombres y mujeres se encuentran rodeados de estereotipos sobre su sexualidad y se enfrentan a la duda de si es o no apropiado a su edad mantener o estar interesado en las relaciones sexuales. Además las personas que les rodean, los profesionales de salud, trabajadores de instituciones... suelen tener prejuicios para abordar la sexualidad en poblaciones ancianas, especialmente con mujeres (7). Ya que, hace no tantos años, no solo se creía que los ancianos no tenían necesidades sexuales, si no que se consideraba una conducta inadecuada y patológica, despertando en ellos un sentimiento de inseguridad culpabilidad y vergüenza anormales (17).

Las personas mayores a menudo evitan hablar de sus preocupaciones respecto al sexo por vergüenza, piensan que sus problemas son debidos a la edad, o tienen miedo a la reacción del profesional. Aunque hay estudios que demuestran que agradecerían la oportunidad de hablar del tema con un profesional (23). También se ha descubierto que prefieren que sea el sanitario quien inicie la conversación sobre salud sexual, y que sienten mayor comodidad con un profesional de su mismo género y rango de edad similar (20).

La actitud de los ancianos se ve directamente influida por la educación recibida, generaciones anteriores recibieron nula educación sexual, se criaron en un ambiente hostil y represivo donde la sexualidad solo era concebida para la reproducción. Las creencias respecto a la sexualidad se reflejan de forma

inevitable en la actitud y actividad sexual de estas personas (24). Afortunadamente esta concepción con la que los mayores han crecido de que el sexo es algo inadecuado e inmencionable está cambiando, así como las actitudes de ellos mismos ante su sexualidad (22).

Por otro lado, la ciencia igualmente excluye a los ancianos de los estudios sobre sexualidad, ya que existen muy pocos en este campo, por considerarles con bajo riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, sin necesidad de utilizar métodos de anticoncepción y percibidos como personas sexualmente inactivas.

También la actitud de médicos y enfermeros puede tener un gran impacto en la actitud y comportamiento de los ancianos respecto a la sexualidad. A pesar de ello, la mayoría de profesionales sanitarios tienen pocos conocimientos sobre sexualidad en ancianos o no perciben el sexo como un tema a tratar en estos pacientes (23).

Sin embargo, según un estudio realizado en 2011, la enfermería reconoce la importancia que tiene la sexualidad en la esfera global del paciente, son conscientes de que las enfermedades y tratamientos tienen un impacto sobre la sexualidad, pero tienden a ignorar o pasar por alto el tema o derivar al paciente a otro profesional, ya que no se considera algo prioritario en el trabajo diario (25). Manifiestan sentirse poco preparados y con cierta vergüenza o falta de confianza en sí mismos para actuar sobre temas de sexualidad debido a la falta de formación para la educación sexual, poca experiencia, creencias personales religiosas sobre la sexualidad o miedo a que el paciente se sienta ofendido (5).

Otro estudio afirma que los enfermeros con más años de experiencia y por lo tanto más edad se sienten mejor capacitados y con menos vergüenza a la hora de intervenir sobre asuntos sexuales con un paciente, y presentan una actitud más positiva sobre temas de sexualidad. Así mismo, los enfermeros que han recibido cursos de formación sobre sexualidad tienen una actitud más positiva respecto al tema, piensan que la sexualidad es importante para la salud global del paciente y tienden a dedicarle más tiempo durante su trabajo. Los enfermeros con formación tienden más a pensar que deben ser ellos los que saquen el tema al paciente y no esperan a que ellos pregunten por sus preocupaciones sexuales. De todo esto se deduce que la inversión en

educación puede ser muy beneficiosa y productiva, y que debería empezar a impartirse en los estudios superiores para comenzar rompiendo barreras y fomentarse también de forma continuada en los puestos de trabajo, para proveer de unos cuidados a la persona de forma integral, estar adiestrados en la detección precoz y prevención de problemas sexuales que de otra manera no se detectarían (26).

#### 4.6 Estrategia de actuación

La gran mayoría de los estudios revisados afirman la necesidad de mejorar la educación impartida a los profesionales de salud en aspectos de sexualidad en los ancianos (27), esta educación debe servir para asegurar el conocimiento de las necesidades de los pacientes, aprender a resolver dudas, aclarar conceptos erróneos, aconsejar de forma apropiada, derivar a especialistas cuando sea necesario, reafirmar la importancia de la sexualidad para la salud y servir de apoyo en general para el paciente (22).

No se ha encontrado ningún documento actualmente que hable sobre los conocimientos necesarios para la intervención de enfermería sobre sexualidad en ancianos, tampoco sobre la formación que reciben los enfermeros durante la formación académica, aunque se sabe que no es suficiente. Por otro lado, sí que se describen pautas para la intervención en muchos de los artículos revisados, las cuales se resumen más adelante en este trabajo.

La educación que reciben actualmente los enfermeros no es suficiente para manejar asuntos sobre la sexualidad de sus pacientes, la formación debe estar orientada a cambiar sus creencias y valores sobre este tema, que no están basados en la evidencia clínica, si no en los valores de la sociedad y en el prejuicio. La recogida de historial sexual y el asesoramiento deben incluirse en programas de educación sexual para comenzar a abordar la sexualidad como un aspecto de salud más y servir para hacerles sentirse capacitados para hacerlo. Se debe dar especial importancia a la educación para la sexualidad y habilidades comunicativas, entendiendo los aspectos biológicos, fisiológicos y

sociales de la sexualidad como un todo, siempre con una perspectiva que no juzgue (28).

Según un estudio realizado en 2011 el ámbito de la atención primaria es el ambiente más indicado para incorporar la evaluación y planes de cuidados sobre salud sexual. Y reitera la importancia de la capacitación de la enfermería para llevar a cabo esta labor (29).

Por lo tanto es necesario que los profesionales sanitarios adquieran mayores conocimientos sobre la sexualidad en la vejez para poder educar a los propios pacientes, informándoles sobre los estilos de vida (obesidad, tabaquismo, control de la diabetes...) que pueden influir en su sexualidad, los cambios que sufren con la edad y su influencia en su vida sexual (20), ayudándoles de ésta forma a entenderlos, aceptarlos y adaptarse a ellos de la mejor forma posible.

#### 4.6.1 Cómo puede actuar enfermería ante la sexualidad de los ancianos

Tras una adecuada formación sobre la sexualidad en las personas mayores, se adquiere la capacidad de solucionar gran cantidad de problemas e inquietudes en los pacientes. La función principal será asesorar y dar las herramientas de información y capacidades al paciente para que tome decisiones informadas sobre su sexualidad, teniendo siempre en cuenta su nivel de educación y cognitivo (30). También se deben proporcionar cuidados apropiados y de forma integral, indagando sobre la sexualidad del paciente, dejando a un lado prejuicios y educando sobre los cambios propios del envejecimiento y su influencia en la vida sexual, ayudando a que acepten positivamente el proceso de envejecimiento y mejorando su autoestima. De este modo con la percepción positiva de su cuerpo y su pareja, se ayudará a que mantengan una vida sexual satisfactoria y se contribuirá a mejorar su bienestar y calidad de vida (17, 18).

Para comenzar con la intervención el primer objetivo debe ser el de derribar los mitos y tópicos que posee el paciente sobre su sexualidad, para más adelante conseguir detectar las posibles dificultades que presente en su vida sexual. Éste será el paso inicial para diagnosticar y tratar disfunciones sexuales (21).

El inicio de una conversación profesional sobre temas personales o de intimidad requiere habilidades y una sensibilidad especial. La empatía, amabilidad, el ser comprensivo, la escucha activa, demostrar interés, transmitir disponibilidad y sobre todo sentirse cómodo con el tema pueden ayudar a disminuir el discomfort que pueda crear el abordaje de este tema en el paciente. Es importante crear un ambiente relajado y sin interrupciones, un espacio donde el anciano pueda aclarar sus dudas, compartir sus sentimientos y se fomente la exteriorización de sus emociones. El uso de preguntas abiertas, no juzgar nunca, evitar jergas o abreviaturas técnicas adaptando el vocabulario al de cualquier persona, y tener la capacidad para entrever lo que el paciente quiere expresar y lo que es realmente importante para él (5).

Teniendo en cuenta la educación represiva que han recibido los ancianos en el pasado se debe entender que no todas las personas mayores desean seguir manteniendo una vida sexual activa o expresar su sexualidad y debemos respetarlo igualmente. Hay que considerar siempre que sus necesidades afectivas, son las mismas que las de cualquier persona pero además frecuentemente amenazadas por la soledad. Por este motivo se debe fomentar la creación o conservación de vínculos afectivos con su pareja, familia amigos e integración en actividades grupales. En cualquiera de los casos proporcionar apoyo desde el respeto y ofrecer información científica y de calidad (18,21).

El siguiente paso sería llevar a cabo educación sexual, para aumentar sus conocimientos sobre la sexualidad, fortalecer sus conocimientos y ayudar a identificar los recursos para alcanzar un estado de bienestar óptimo, haciendo entender que no solo existe el modelo ampliamente extendido de sexualidad centrada en el coito, explicando los cambios que se experimentan con la edad anteriormente descritos, las ventajas que tienen y cómo pueden adaptarse a ellos. Y enseñándoles en definitiva a entender y aceptar positivamente un nuevo concepto de sexualidad donde el juego, el placer y el afecto tienen un papel fundamental (21). Las metas principales de la educación al paciente en sexualidad pueden verse más ampliamente desarrolladas en el Anexo 3.

Es importante analizar la medicación que está tomando el paciente, prestando especial atención a la que pueda afectar directamente al desarrollo de su sexualidad. Existen ciertos fármacos que afectan a la función sexual, sin

embargo en algunos casos hay otras posibilidades con efectos similares sobre la patología a la que van dirigidos, pero con menor influencia en la esfera sexual, que deben tenerse en cuenta cuando la actividad sexual se ve afectada (19).

Tabla 2. Fármacos más utilizados en mayores de 50 años, con los subgrupos que más y menos afectan a la sexualidad (19).

GRUPO FARMACOLÓGICO	SUBGRUPOS QUE MÁS AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL	SUBGRUPOS QUE MENOS AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL
Antidepresivos	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS): <i>paroxetina, fluoxetina, escitalopram, citalopram</i> Tricíclicos: <i>imipramina, desipramina</i> Tetracíclicos: <i>mianserina, maprotilina</i> IMAO y Trazodona Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: <i>Venlafaxina, Duloxetina</i>	Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina: <i>Reboxetina</i> Noradrenérgicos con actividad serotoninérgica: <i>Mirtazapina</i> Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina: <i>bupropion</i> Melatoninérgicos: <i>Agomelatina</i>
Otros Psicotropos	Litio Benzodiazepinas: <i>Diazepam, Triazolam, Alprazolam</i> Antipsicóticos: <i>haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina</i>	
Antihipertensivos	Diuréticos: • Tiazídicos: <i>hidroclorotiazida</i> • Análogos no tiazídicos: <i>clortalidona, indapamina</i> • Diuréticos de Asa: <i>furosemida, bumetamida</i> • Ahorradores de potasio: <i>amilorida, espironolactona</i> • Inhibidores anhidrasa Bloqueantes adrenérgicos: • $\beta$ -bloqueantes: <i>propranolol</i> • Bloqueantes $\alpha_1$ : <i>prazosina, doxazosina</i> • Bloqueantes $\alpha$ y $\beta$ : <i>labetalol, carvediol</i> Otros: • Vasodilatadores directos: <i>hidralazina</i> • Agonistas $\alpha_2$ de acción central: <i>clonidina, metildopa, monoxidina</i>	Antagonistas del Calcio: <i>Nifedipino, Verapamilo, Anlodipino</i> Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina: • IECA*: <i>Captoprilo</i> • ARA II**: <i>Losartán</i> • Inhibidores de la Renina: <i>Aliskireno</i>
Otros fármacos	Bloqueantes alfa adrenérgicos: <i>Tamsulozina, doxazosina, terazosina</i> Inhibidores de 5-alfa-reductasa: <i>finasterida, dutasterida</i>	Corticoides y AINES Tiroxina Omeprazol

\* IECA: Inhibidores del Enzima Convertidor de Angiotensina

\*\* ARA II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II

Se debe hacer un repaso de las patologías o procesos que presenta el paciente, identificando cuales pueden tener impacto sobre su sexualidad,

conocer las limitaciones que puede suponer la enfermedad, cómo aceptarlas y adaptarse a ellas (30).

La recomendación de tratamientos no farmacológicos como llevar una alimentación equilibrada, disminuir los factores que provoquen estrés, mejorar la imagen corporal y usar hidratantes y lubricantes en casos de sequedad vaginal ayudarán a mejorar la vida sexual del paciente (19).

Además también es importante la educación sobre los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y concienciación sobre su vulnerabilidad ante ellas (18).

#### 4.6.2 Modelo Ex-PLISSIT

El método Ex-PLISSIT es una herramienta propuesta para ayudar a la enfermería a identificar los problemas y necesidades sobre la salud sexual y la sexualidad de sus pacientes. Está enfocado a nivel de atención primaria y consta de cuatro niveles de intervención que requieren mayor nivel de conocimientos y experiencia del profesional que lo utilice a medida que se avanza sobre ellos.

Este modelo fue propuesto en 1976 como un concepto lineal (PLISSIT) en el que se avanzaba desde un nivel al otro siempre comenzando por el nivel 1 (*Permission-giving*), su eficacia ha sido demostrada en diversos estudios (31-34). El método Ex-PLISSIT constituye una mejora en la que se tiene en cuenta la petición de permiso en cada una de las fases de la intervención y se realiza siempre una evaluación y reflexión en cada etapa de la intervención en la que se encuentren.

El modelo Ex-PLISSIT parte de la idea de que el primer paso en toda intervención de la salud sexual debe comenzar pidiendo permiso al paciente (*Permission-giving*), dándole la oportunidad de expresar sus preocupaciones y haciéndoles conscientes de que pueden hablar de ello con su enfermera. Para facilitar esta actuación puede resultar útil colgar carteles o dejar folletos en las salas de espera con imágenes positivas que les incluyan y reconozcan su derecho a la sexualidad. Además se debe aprovechar las ocasiones que



surgen que no están directamente relacionadas con la sexualidad, pero suponen una buena oportunidad donde abordar el tema: la recogida de historia de nuevos pacientes, exámenes de salud, citación de citologías, seguimiento de infarto de miocardio, ictus, retirada de puntos de sutura de una herida quirúrgica, enfermedades crónicas, síntomas urológicos, incontinencia...

Se recalca también la importancia de superar la vergüenza que pueda suponer para la enfermera, ya que puede haber una contratransferencia de sentimientos y cohibir al paciente. También se debe desarrollar la habilidad de detectar si el paciente está incómodo y aclarar si quiere seguir hablando del tema o es solo debido a la vergüenza, sin asumir directamente que no quiere hablar de ello, simplemente preguntándole si le gustaría seguir hablando del tema.

En caso de disponer de poco tiempo en cada cita con el paciente se podría sugerir citarse otro día para hablar más ampliamente del tema, así como recordarle que puede hablar de sus problemas sobre salud sexual cuando desee, dándole de nuevo el permiso del que hablábamos antes. Algunas veces solo el permiso para hablar de sus preocupaciones es suficiente intervención para los pacientes, esto requiere de capacidad de escucha y la incertidumbre de escuchar sin saber realmente la respuesta.

El siguiente paso sería proporcionar información limitada (*Limited information*), es el momento donde aclarar información y mitos, con la ayuda de folletos o indicando alguna página web para informarse más a fondo. También se proporcionaría información sobre los efectos de la enfermedad y los distintos tratamientos sobre su función sexual, siempre asegurándonos de que la información está directamente dirigida a las necesidades del paciente. Es importante no dar por supuestas cosas y permitir al paciente expresarse abiertamente.

Tras la información se realizan Sugerencias Específicas (*Specific Suggestions*) para la resolución del problema del paciente y sus necesidades. Se describen algunos ejemplos en la Tabla 3.

Tabla 3. Sugerencias específicas para la resolución del problema del paciente y sus necesidades (35).

Problema o Preocupación	Sugerencias Específicas
Angina de pecho o miedo de que se produzca un infarto durante las relaciones sexuales.	Tomar la profilaxis de la angina antes de la actividad, evitar comidas abundantes antes e indicar a la pareja que adopte un papel más activo.
Ataque de asma provocado por la actividad sexual.	Uso del inhalador antes de comenzar.
Espasmos musculares por esclerosis múltiple durante las relaciones.	Experimentar con diferentes posiciones, hasta encontrar la más confortable.
Impedimento de las relaciones por hemiplejía	Tumbarse de lado o de espaldas con la mayor parte del lado no afectado en la parte superior.
Dolor o incomodidad durante las relaciones	Uso de lubricantes, considerar otras actividades sexuales sin penetración.
Relaciones sexuales con sonda vesical permanente	Doble el catéter a lo largo del pene y coloque un preservativo encima, en mujeres pegarlo en el abdomen y si provoca demasiada estimulación en el clítoris cambiarlo de posición.
Afectación de la masculinidad/feminidad por la enfermedad	Hablar con el/la paciente sobre lo que significa para él la masculinidad/feminidad e identificar que incrementa ese sentimiento.

El último paso sería la Terapia Intensiva (Intensive Therapy), para ello deben estar disponibles especialistas para terapias psicosexuales cuando el problema se deba a asuntos psicosexuales, consejeros matrimoniales en el caso de problemas de pareja, psicólogos si se detectara violación o abusos sexuales y siempre que el tema se considere fuera de las capacidades de la enfermería. (35).

## 5. Discusión

La actividad sexual es una práctica frecuente entre los mayores, a pesar de la influencia de los cambios que se producen a esta edad y el aumento de la prevalencia de disfunciones sexuales (6-8). Las dudas en cuanto a sexualidad son habituales en cualquier etapa de la vida, más aún a partir de los 50- 60 años, donde comienza a notarse la influencia de los cambios biológicos y psicológicos (11). Está bastante clara la relación positiva de la sexualidad con el estado de salud y el efecto beneficioso que tendría el simple hecho de dedicar unos minutos a hablar con el paciente sobre este tema (35). La edad no es un factor determinante para el cese de la actividad sexual, por lo tanto los profesionales deben aceptar a todas las personas como seres sexuales y reconocer sus necesidades ante ellas, ya que pueden desarrollar un papel muy importante en la mejora de la vida sexual de estas personas (19,20).

Existen estudios que demuestran que esta población agradecería la oportunidad de hablar del tema con un profesional (23). El conocimiento de los cambios a los que se van a enfrentar como consecuencia del envejecimiento puede resultar de gran ayuda para contribuir a que las personas mayores acepten y se adapten a ellos con actitud positiva, reforzando su autoestima, favoreciendo relaciones sexuales y afectivas satisfactorias y creando una imagen de la sexualidad más realista, adaptada a sus necesidades y capacidades. La influencia de las enfermedades en mujeres y hombres es muy significativa, pero no tiene por qué implicar abstinencia (22). De igual modo el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales pueden resultar un gran cambio en el bienestar y la calidad de vida de éstas personas (19).

Los estudios revisados afirman la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en aspectos relacionados con la sexualidad de los ancianos (12) y señalan a la enfermería como el profesional más adecuado para tratar temas de sexualidad con el paciente, por su preparación en educación sanitaria y la naturaleza de sus cuidados (16).

Se describen pautas para la intervención muy generales en diversos estudios, además se ha encontrado un método recomendado cuya eficacia ha sido demostrada, el método PLISSIT, de gran utilidad para identificar los problemas

y necesidades sobre sexualidad de los pacientes, en este trabajo se explica una versión más actual que incluye ciertas mejoras en su desarrollo, el método Ex-PLISSIT (35).

Parece muy clara la necesidad de investigación para el desarrollo de programas de salud y estrategias de actuación que impliquen los cuidados de enfermería, la Organización Mundial de la Salud junto con la “*World Association for Sexual Health*” han desarrollado documentos muy útiles para el desarrollo de éstos, aunque no están enfocados directamente a la población anciana pueden servir de gran utilidad. De ellos se extraen los anexos 4 y 5 (Ver anexos 4 y 5) como documentos interesantes para el desarrollo de éste trabajo (11, 36).

Los cuidados de enfermería en la sexualidad de los ancianos consistirían principalmente en la educación del paciente para conocerse a sí mismo, enseñarle y hacerle consciente de los cambios por los que está pasando, ayudarle a aceptar y adaptarse a ellos, conocer sus necesidades y permitirles expresar sus preocupaciones. Para llevar a cabo estos cuidados es necesaria una formación adecuada, una adaptación personal de cada enfermera, un cambio de actitud, y el desarrollo de ciertas habilidades comunicativas que permitan que esta conversación con el paciente se desarrolle de la manera más fluida y cómoda posible (17, 18). Las barreras encontradas para proveer estos cuidados, como son la incomodidad y dificultad para abordar el tema y la falta de formación hacen necesaria la adecuada formación profesional para poder asistir adecuadamente esta carencia asistencial (5).

Se debe valorar seriamente la necesidad de las personas mayores en este aspecto para elaborar programación, cuidados y atención sanitaria apoyados por las instituciones pertinentes para promocionar el derecho de la vida sexual de las personas mayores (4).

Se han encontrado ciertas limitaciones en la realización de este trabajo, como la existencia escasa de artículos que se centraran en la intervención sobre la sexualidad de este grupo de población, por lo que solo se ha encontrado un método validado entre todos los artículos escogidos, que era recomendado por

varios de ellos. Debido a este hándicap ha sido necesario replantear los objetivos inicialmente descritos para adaptarlos a la información encontrada.

Este trabajo puede servir como un acercamiento a los inicios de la aplicación clínica de los cuidados de enfermería en la sexualidad de los ancianos, aunque aún queda mucho trabajo por hacer en investigación, establecimiento de programas de formación y programas de salud. Se ha detectado, como futura línea de investigación la realización de trabajo de campo para observar cómo responde la población ante esta línea de actuación y la valoración de los resultados de la ampliación de la formación de los profesionales de enfermería. Además este documento es un paso más para hacer notoria la importancia de la sexualidad en la vida de los ancianos entre los profesionales de salud, especialmente en enfermería, y en definitiva para mejorar la calidad de vida de la población a largo plazo.

## 6. Conclusiones

1. La sexualidad en la vejez es un tema que no está suficientemente estudiado, los cuidados de enfermería se encuentran poco desarrollados y los trabajos de investigación en el campo resultan insuficientes. Son bien conocidos los cambios fisiológicos que se producen con el paso del tiempo pero aún no se conoce con exactitud cómo afectan las enfermedades y la medicación a la sexualidad. Por lo tanto no se tiene en cuenta la sexualidad en el tratamiento de la mayoría de los pacientes.
2. No está reconocida la importancia e influencia de la sexualidad sobre la salud y calidad de vida de la población anciana y por ello existe una carencia asistencial en el sistema sanitario. De este modo se cree necesaria la información y concienciación de los profesionales sanitarios sobre la materia.
3. Los profesionales de enfermería no se encuentran actualmente capacitados para atender una de las necesidades básicas del ser humano como es la sexualidad, está demostrado que la formación del personal y la experiencia logran solventar este problema. En definitiva, se considera que el establecimiento de programas de intervención en la sexualidad de los ancianos sería muy beneficioso, teniendo en cuenta su efecto positivo sobre la calidad de vida y bienestar de este grupo poblacional.
4. No existe ningún documento actualmente que hable sobre los conocimientos necesarios para la intervención de enfermería sobre sexualidad en ancianos, tampoco sobre la formación que reciben los enfermeros sobre ello. Si que se ha descrito que la formación es insuficiente y se han encontrado diversas pautas para llevar a cabo la intervención, que junto con una formación general sobre la sexualidad, los cambios que aparecen con la edad, la influencia de las enfermedades y los fármacos y el método Ex-PLISSIT, constituyen la base para comenzar a impartir cuidados de enfermería en la sexualidad de los ancianos.

## 7. Bibliografía

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Febrero 24. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
2. OMS. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Luxemburgo; 2015.
3. WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Ginebra: World Health Organization; 2006.
4. Declaración Mundial de los Derechos Sexuales. Valencia: Congreso Mundial de Sexología; 1997.
5. Heath H. Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships Nursing RCo, editor. London; 2011.
6. Schick V, Herbenick D, Reece M, A. Sanders S, Dodge B, E. Middlestadt S, et al. Sexual Behaviors, Condom Use, and Sexual Health of Americans Over 50: Implications for Sexual Health Promotion for Older Adults. *J Sex Med.* 2010; 7(315-329).
7. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual Behaviors among Older Adults In Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey. *J Sex Med.* 2012; 9(121-129).
8. Lindau ST, Schumm LP, Laumann E, Levinson W, O' Muirheartaigh CA, Waite LJ. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *The new england journal of medicine.* 2007 Agosto; 357(762-774): p. 22-34.
9. Flynn TJ, J. Glow A. Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and Aging.* 2015; 44: p. 823-828.
10. Woloski-Wruble A, Oliel Y, Leefsma M, Hochner-Celnikier D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *The Journal of Sexual Medicine.* 2010 Julio; 7(7).
11. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. World Health Organization; 2002.
12. Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today.* 2016; 40(57-71).
13. Southard NZ, Keller J. The Importance of Assessing Sexuality: A patient Perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2009; 2(13): p. 213-217.
14. Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. [Online].; 2012-2014 [cited 26 Febrero 2017. Available from: [www.nnnconsult.com](http://www.nnnconsult.com).
15. Farrell J, Belza B. Are Older Patients Comfortable Discussing Sexual Health With Nurses? *Nursing Research.* 2012 January.
16. Muliira JK, Muliira RS. Sexual Health for Older Women: Implications for nurses and other healthcare providers. *SQU Medical Journal.* 2013; 13.
17. García JL. Portal Mayores. [Online].; 2005 [cited 2017 Febrero 12. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.rtf>.

18. Quevedo León L. Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Cultura del Cuidado*. 2013 Diciembre; 10(2).
19. Castaño Catalá R, Castelo-Branco Flores C, Honrado Eguren M, Jurado López AR, Laforet Martínez E, Molero Rodríguez F, et al. *Vida y sexo más allá de los 50*. Menogúia AEEM. 1st ed. Barcelona: Aureagràfic; 2014.
20. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*. 2011 July; 40(5).
21. Bohórquez Carvajal JD. Sexualidad y Senectud. *Hacia la Promoción de la salud*. 2008 Diciembre; 13.
22. Lochlainn MN. Sexual activity and ageing. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010; 14(8).
23. Bauer M, McAuliffe L, Nay R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *People Nursing*. 2006; 2: p. 63-68.
24. Prieto Chincolla S. Informes portal mayores. [Online].; 2006 [cited 2017 Febrero 12. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.rtf>.
25. Quinn C, Happell B, Graeme B. Talking or avoiding? Mental Healthnurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011; 20: p. 21-28.
26. Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurse's attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*. 2010.
27. Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today*. 2016.
28. Egholm A. *Nurse's Attitudes and Beliefs towards Discussing Sexuality with patients*. Tampere University of Applied Sciences. 2015 April.
29. Abbott P, Dadich A, Hosseinzadeh H, Kang M, Hu W, Bourne C, et al. Practice nurses and sexual health care: Enhancing team care within general practice. *Australian Family Physician*. 2013 Octubre; 42(10).
30. Kazer M W. Sexuality in the older adult. In: *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4th ed. Boltz M CEFTZD, editor. New York: Springer Publishing Company; 2012.
31. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*. 2009; 18(1): p. 89-98.
32. Tutuncu B, Yildiz H. The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia - Social and Behavioral Science*. 2012; 47: p. 2000-2004.
33. McConkey R. Effect of erectile dysfunction following prostate cancer treatment. *Nurs Stand*. 2015 Nov; 30(12): p. 38-44.
34. Rutte A, Van Oppen P, Nijpels G, Snoek F, Leusink P, al e. Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2015; 16(69): p. 1-9.
35. Taylor D, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing*



Standard. 2006 November; 21(11).

36. Acuña Cañas A. Sexo y Edad: de la madurez a la vejez. ; 1984.
37. Rubio Auriol E, Coleman E, Corona Vargas E, Mazín R, Rosser S, McKay A, et al. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala: OPS, OMS, WAS; 2000.
38. Taylor-Jane Flynn AJG. Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and Aging*. 2015 Julio; 44(5).
39. Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and relationship therapy*. 2006; 21.
40. Nicolosi A, O. Laumann E, B. Glasser D, D. Moreira E, Paik JA, Gingell C. Sexual Behavior and Sexual Dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Adult Urology*. 2004; 5(64): p. 991-997.

## 8. Anexos

### Anexo 1

#### **Declaración Universal de los Derechos sexuales**

Tomado de (4)

1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Se excluye toda forma de coerción, explotación y de abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual. Éste involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, con independencia del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
10. El derecho a la educación sexual integral. Es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

## Anexo 2

### **Decálogo de los derechos sexuales de la vejez Alonso acuña.**

Tomado de (36)

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

### Anexo 3

#### **Educación al paciente: metas principales de la información integral sobre sexualidad**

Tomado de (37)

- Adquisición de conocimientos y contenidos, guía hacia al desarrollo del pensamiento crítico y promoción de actitudes positivas hacia la sexualidad.
- Adquisición de la capacidad para reconocer, identificar y aceptarse como ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, sin ansiedad, temor o sentimiento de culpa.
- Desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos basándose en el reconocimiento de los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anticonceptivos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

## Anexo 4

### ¿Qué aspectos se deben mejorar? Acciones, donde se puede actuar:

Tomado de (37)

- Promoción de comportamientos saludables y responsables respecto a la sexualidad y detección precoz de problemas sexuales. Comenzando por el reconocimiento de los derechos sexuales, siempre teniendo en cuenta el placer erótico, autoerotismo y el vínculo afectivo-amoroso como aspectos importantes de la sexualidad.
- Prevención de contracción y transmisión de infecciones de transmisión sexual.
- Reducción de las consecuencias sexuales de discapacidades físicas o mentales, intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos.
- Educación a la población sobre sexualidad, conocimiento del cuerpo, placer y respuesta sexual. Con inicio temprano, adecuada para la edad y capacidad intelectual que promueva actitudes positivas hacia la sexualidad, con el fin de hacerles partícipes de sus propias decisiones, mejorar su comunicación, confianza en sí mismos y lograr un mejor desarrollo social.
- Educación y capacitación a los profesionales sanitarios sobre salud sexual incluida en programas de capacitación básica y formación continuada. Incluirá conocimientos básicos sobre sexualidad humana, conciencia de las actitudes propias hacia la sexualidad, destrezas básicas para identificar y referir problemas de sexualidad al profesional adecuado.
- Desarrollo de programas y acceso a servicios integrales de atención a la salud sexual destinados a toda la población, independientemente de su edad. Integración de cuestiones de salud sexual en programas ya existentes relacionados directa o indirectamente con ésta, realización de un historial médico sobre salud sexual e inclusión en reconocimientos médicos.
- Reconocimiento del valor del placer sexual a lo largo de la vida, disfrutado de forma segura y responsable, considerando unos valores y el respeto hacia los demás.

- Promover y apoyo a la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.

## Anexo 5

### Principios para programas de intervención sexual

Tomado de (11)

- Acercamiento positivo a la sexualidad: reconociendo la sexualidad de los seres humanos a lo largo de su ciclo vital.
- Autonomía y determinación propia: enseñar el derecho y la capacidad de tomar sus propias decisiones de forma libre e informada en todo aspecto de su vida.
- Capacidad de respuesta a las necesidades de cada etapa del ciclo vital.
- Comprensión de la sexualidad: integración de factores emocionales, psicológicos y culturales.
- Apoyo de la promoción de la salud sexual y el bienestar es esencial para el cambio.
- Diversidad cultural: los programas deben considerar que prácticas culturales, tradiciones y creencias y valores son buenos y beneficiosos para la promoción de la salud sexual, teniendo en cuenta la orientación sexual, enfermedad, cultura edad o discapacidad.
- Equidad en cuanto a sexos, sin perpetuar estereotipos y estándares sobre género y sexualidad.
- Evaluación de violencia, violencia sexual o abuso.
- Nunca juzgar y respetar sin imponer nuestra opinión sobre otros.
- Programas y servicios accesibles confidenciales de gran calidad y para todos.