

# SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

José Mauricio Ocampo  
 Médico Especialista en Medicina Familiar  
 Médico Especialista en Medicina Interna-Geriátrica Clínica  
 Universidad del Valle. Departamento de Medicina Familiar

Adriana Arcila Rivera  
 Médica Terapeuta Sexual  
 Docente Universidad de Caldas

---

## Resumen

La sexualidad en la vida de los ancianos hace parte del envejecimiento exitoso teniendo en cuenta sus dimensiones biológica, mental, social y espiritual. El sentimiento de estar satisfecho sexualmente implica tener una integración adecuada de todas estas esferas.

Los cambios asociados con el envejecimiento *per se* independientemente de los ocasionados por la enfermedad, tienen un modesto efecto en la sexualidad de los ancianos, de ahí que es importante hacer la diferenciación entre envejecimiento y enfermedad, lo cual permitiría evitar realizar intervenciones innecesarias.

Por lo tanto, es necesario que el personal de salud al realizar la historia clínica sexual sea conocedor de estos cambios y que tenga una actitud receptiva y abierta que le permita al anciano comunicar sus quejas sobre sexualidad, para así lograr enfocar el diagnóstico y realizar una adecuada asesoría sexual.

**Palabras clave:** envejecimiento, sexualidad.

## Introducción

Las personas en general tienen la creencia de que los ancianos no se interesan por la vida sexual; sumado a esto existe gran desinformación y distintas presiones sociales hacia este grupo poblacional que hacen que este tema se convierta en un tabú.

El envejecimiento exitoso, de acuerdo con las características descritas por Rowe y Kahn, implica tener una baja probabilidad de enfermar y discapacidad asocia-

da a ella, un alto funcionamiento a nivel físico y cognitivo y un compromiso activo con la vida (1). La sexualidad en la vida de los ancianos hace parte del envejecimiento exitoso teniendo en cuenta sus dimensiones biológica, mental, social y espiritual. El sentimiento de estar satisfecho sexualmente implica tener una integración adecuada de todas estas esferas (2).

La sexualidad en los ancianos se transforma en experiencias más calmadas, con menos ímpetu que en la juventud, pero no de menor valor o significado, y continúan siendo altamente placenteras y gratificantes.

## Aspectos epidemiológicos sobre funcionamiento y quejas sexuales

Con el crecimiento actual de la población mundial y con el aumento de la esperanza de vida, existe una marcada motivación en el estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento que incluye el área de la sexualidad; este interés se ha visto reflejado en una mayor investigación hacia los temas del hombre y de la mujer, en especial la disfunción eréctil y la menopausia.

Muchos de los estudios que se han realizado tienen limitaciones en su diseño, entre las cuales está el considerar que la principal forma de relación sexual es la penetración vaginal, sin tener en cuenta otros aspectos como son el deseo, las caricias y los juegos sexuales de la pareja. Otra limitación de los estudios es que la mayoría se ha realizado en parejas heterosexuales, lo cual ha permitido conocer que el cese de las actividades sexuales está relacionado en mayor porcentaje

con factores que afectan al hombre en su capacidad y deseo, más que los que afectan a la mujer, pero no ha permitido conocer la dinámica en otro tipo de parejas como en las homosexuales (3).

Una de las primeras referencias que se tienen sobre la sexualidad en los ancianos es la de Krafft-Ebing (1840 - 1902) quien manifestó que el sexo en el anciano era una perversidad.

Alfred Kinsey (1894 - 1956) en sus investigaciones sobre la sexualidad en la sociedad estadounidense publicó hallazgos que resultaron escandalosos para los grupos conservadores de esa época; encontró un alto número de ancianos con vida sexual activa, que lo habían sido desde su juventud, lo cual muestra que la actividad sexual está relacionada con patrones de comportamientos y experiencias de la juventud, de ahí que la edad no es un factor limitante para continuar disfrutando de las experiencias sexuales (4).

Masters y Johnson afirmaban que la vejez es compatible con una rica vida sexual, pero que está frecuentemente afectada por seis aspectos: la monotonía, las preocupaciones profesionales, el cansancio físico y mental, el temor al fracaso, el exceso en alimentos y bebidas alcohólicas y finalmente las enfermedades orgánicas (5).

Un factor que determina el continuar teniendo una vida sexual activa es la disponibilidad de compañero-a, lo cual está en relación directa con la longevidad de las personas. Se ha estimado que existe una diferencia de más o menos cuatro años entre esposos, siendo el hombre el de mayor edad y el que tiene la menor expectativa de vida; por lo cual las mujeres pueden tener un periodo de aproximadamente 5 a 7 años de viudez y es lo que se ha denominado "*El Síndrome de la Viuda*".

Hay diferentes variables que están relacionadas con la frecuencia de las relaciones sexuales en los ancianos, entre las cuales se encuentran: la disponibilidad del compañero-a, las restricciones religiosas o sociales acerca de la actividad sexual y la medida del interés sexual (masturbación, sueños, caricias).

La frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, encontrándose en mujeres casadas que el 55% de las mayores de 60 años y hasta el 24% de las ma-

yores de 76 años tiene actividad sexual (6). Por otro lado, en mujeres ancianas, el estado de salud de su pareja es importante para la actividad sexual, ya que aproximadamente el 57% de los hombres mayores de 60 años presenta disfunción eréctil, y su prevalencia se incrementa a medida que aumenta la edad (7).

Estudios de corte transversal realizados en hombres han mostrado que con la edad disminuye el deseo sexual (8), la frecuencia de erecciones y el número de relaciones sexuales (9). Adicionado a lo anterior, es importante tener en cuenta que con la edad se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales pueden contribuir al desarrollo de disfunción sexual, conociéndose que alrededor del 80% de los mayores de 65 años tiene al menos una enfermedad crónica que puede interferir con su actividad sexual (10). Entre las enfermedades crónicas que se presentan con mayor prevalencia en ancianos y que pueden afectar la actividad sexual se encuentran: la hipertensión arterial, la osteoartritis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular (11).

Después de los 50 años, en ambos sexos se experimenta una disminución objetiva en la intensidad del orgasmo, pero hay un aumento subjetivo del disfrute que puede continuar más allá de esta edad.

## Mitos sobre sexualidad y envejecimiento

Muchas de las dificultades sexuales se relacionan con mitos, ignorancia, o falta de una adecuada información acerca de la respuesta sexual normal; en este caso, mito se refiere no a la explicación original, rica en significado y cultura, sino al sentido coloquial de lo falso. Con frecuencia las personas se avergüenzan al hablar de su sexualidad, la consideran sucia o pecaminosa, y por esta razón aprenden sobre sexualidad a partir de la información suministrada por amigos, revistas o libros. Algunas investigaciones sobre la actitud de la familia ante la vida sexual de los ancianos, reportan "que no existe, no es importante, está anulada, es peligrosa o vergonzosa; durante el tiempo de la menopausia, la mujer se considera que es asexual y poco deseable, en los hombres la disfunción eréctil se considera como un cambio normal" (12). En la figura 1 se nombran los diferentes mitos que existen sobre la sexualidad en los ancianos.

### Cambios en la respuesta sexual humana con el envejecimiento

La respuesta sexual humana es definida como la secuencia ordenada de acontecimientos fisiológicos que

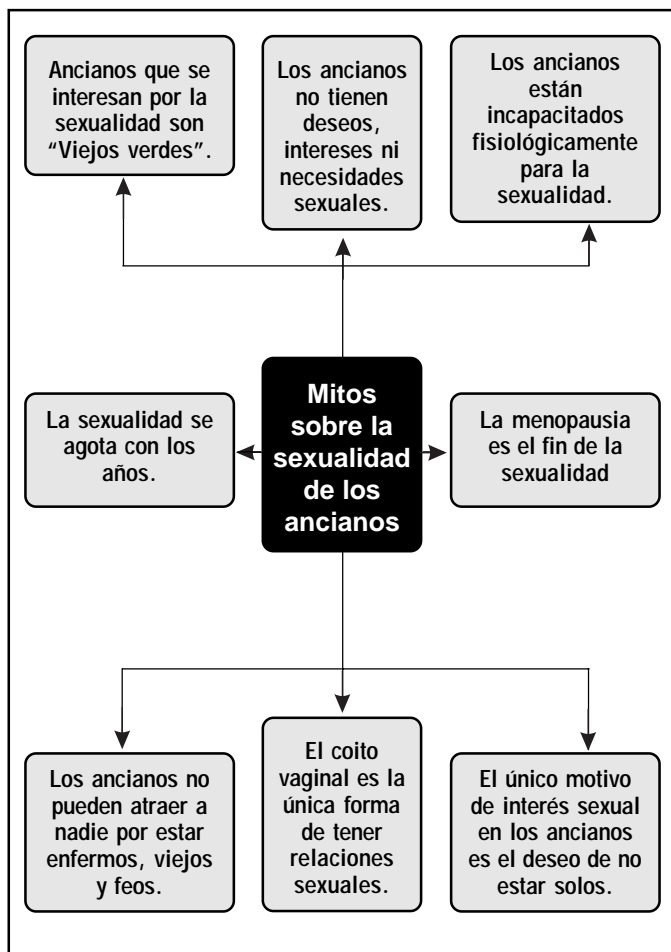


Figura 1. Mitos sobre la sexualidad de los ancianos

preparan al cuerpo para la cópula. El ciclo de esta respuesta de acuerdo con el modelo planteado por Masters y Jhonsons comprende las fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (5). Luego Helen Kaplan llamó la atención sobre el deseo como un componente importante de este proceso (13). Con la edad se producen cambios fisiológicos en cada una de estas fases que afectan tanto a hombres como a mujeres.

### Cambios en el hombre

En el hombre se presenta una disminución gradual de la libido, que a menudo puede presentarse de forma imperceptible. Existen factores que, aunque no hacen

parte del envejecimiento normal, inciden en la disminución del interés sexual entre los que están: la presencia de enfermedad, el uso de medicamentos, las alteraciones en la auto-imagen corporal y el retiro laboral con la consiguiente pérdida de su productividad económica, circunstancias que lo pueden hacer sentir menos atractivo. La causa de la disminución gradual en la libido es multifactorial, pero cursa en asocio con una reducción en la secreción testicular de testosterona, la cual disminuye a partir de los 40 años en un 1% por año, lo que probablemente juegue un papel importante en la disminución de su interés sexual (14).

A nivel testicular se presenta disminución de su volumen con fibrosis y reducción en el número de células de Leydig, las cuales pasan de 700 millones a los 20 años a 200 millones a los 80 años (15).

Con el envejecimiento se necesita un mayor estímulo directo para lograr la erección, lo cual es ocasionado por una disminución en la sensibilidad peneana. La causa de esta reducción es originada por un compromiso en la función nerviosa, debido a cambios asociados con el envejecimiento los cuales producen una disminución gradual en la velocidad de conducción nerviosa y una pérdida de la sensación vibratoria a nivel del pene (16) y a un aumento gradual en la prevalencia de las enfermedades crónicas las cuales afectan la fisiología neuronal (17).

Las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en el hombre anciano, y que pueden comprometer su función sexual incluyen la osteoartritis, la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad vascular y la diabetes mellitus (10). También se presenta una disminución en la rigidez del pene, aunque es necesario determinar si esta disminución hace parte de los cambios normales del envejecimiento, ya que hay estudios realizados en hombres donde se encontró una adecuada función eréctil en edades extremas, pero se debe tener en cuenta que estas personas hacen parte de sociedades no industrializadas, las cuales tienen dietas, estilos de vida y expectativas sociales diferentes de las de occidente (18). En general, la mayoría de los hombres desarrolla una disminución progresiva de su función eréctil que se relaciona con una combinación de degeneración neural y enfermedad vascular (19). Para que se produzca una adecuada rigidez del pene se requiere de un flujo arterial aumentado, por lo

cual la enfermedad arterial oclusiva puede alterar la erección (20). Sin embargo, a pesar de un flujo arterial adecuado, las erecciones pueden estar afectadas por la presencia de insuficiencia venosa peneana, ya que el sistema venoso sirve no sólo como drenaje para la sangre arterial peneana, sino también como un mecanismo para promover la rigidez eréctil al ocluirse y atrapar la sangre necesaria para la erección (21).

Con la edad la fuerza eyaculatoria declina, disminución ésta que se relaciona con pérdida del tono en los músculos del periné y de sus estructuras adyacentes (22). De forma adicional hay una reducción del volumen seminal debido al proceso de envejecimiento de los testículos, la próstata, y las glándulas de Cooper, que son las estructuras que lo producen (23).

Con el envejecimiento uno de los cambios sexuales más importantes es la disminución de la urgencia eyaculatoria. En la mayoría de los hombres en su época

urgencia eyaculatoria, lo cual se presenta después de los 30 años de edad. De tal manera que el hombre, además de tener un contacto coital prolongado, puede disfrutar de juegos y caricias que enriquecen la relación y satisfacen a su pareja, sin la urgencia del escape orgásmico (24).

Otro cambio asociado con la edad en la actividad sexual masculina es la prolongación del período refractario. Con el envejecimiento, el período requerido entre coitos se prolonga. Durante la edad media este período refractario puede ser tan largo como 24 horas, y durante la vejez tan largo como una semana (22). Esta prolongación gradual del período refractario es una explicación adicional para la disminución en la frecuencia de las relaciones coitales al envejecer. La figura 2 muestra los principales cambios en la respuesta sexual masculina que se presentan durante el envejecimiento.

**Cambios en la mujer**

El efecto que tienen los cambios del envejecimiento normal sobre la actividad, la capacidad y el interés sexual varía en las mujeres ancianas. Además, estos están influidos por factores psicológicos, sociales y culturales. El patrón de la respuesta sexual sigue las mismas etapas en las mujeres de todas las edades.

A nivel de la libido, el interés sexual en la mujer sigue un patrón distinto al del hombre. En contraste con los hombres, el pico de interés sexual femenino está entre los 30 y 40 años, y a menudo se mantiene hasta después de los 60 años (25). Los estrógenos tienen un efecto significativo en los cambios fisiológicos de los genitales, pero no hay evidencia de que afecten en forma directa la libido (26).

La menopausia se presenta en la mayoría de las mujeres entre los 40 y 50 años de edad; esto demuestra que la menopausia por sí misma no afecta el interés sexual femenino y de forma contraria al concepto que se tiene sobre ella, un gran número de mujeres postmenopáusicas experimenta un aumento de la libido, que en parte es debido a un incremento en la acción de los andrógenos, favorecido por la deficiencia estrogénica y por la disminución del temor a un embarazo no deseado (27).

El período de transición referido como peri-menopáusic se caracteriza por cambios hormonales múltiples en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. El número de fo-

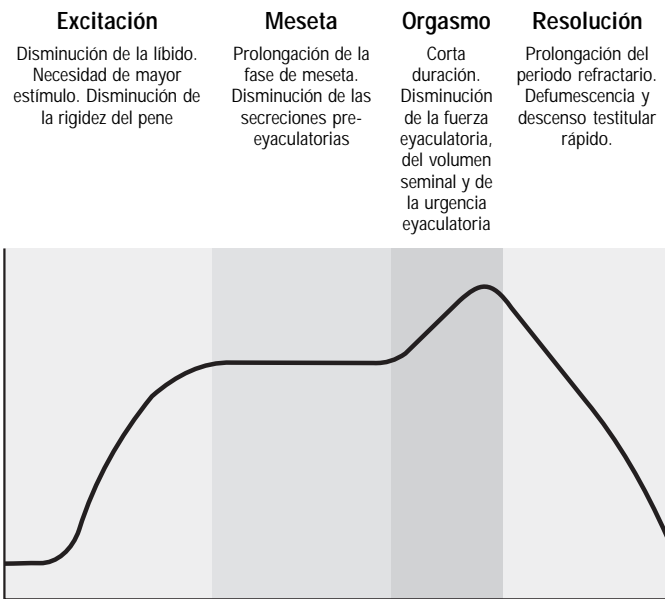


Figura 2. Cambios en la respuesta sexual masculina con el envejecimiento

de juventud, el estímulo sexual se asocia con un fuerte deseo de alcanzar el clímax, cuya incapacidad para controlarlo puede ocasionar eyaculación precoz, problema notorio en la adolescencia y en la adultez temprana, que en contraste con el envejecimiento mejora, ya que al prolongarse la fase de meseta disminuye la

lículos ováricos desciende y el tamaño del ovario disminuye. Los cambios en los ovarios llevan a la ausencia de la ovulación y a la formación del cuerpo lúteo y disminución en la síntesis y secreción de estradiol. Estos cambios hormonales tienen efectos sistémicos, en especial en las estructuras urogenitales (28). Como resultado de lo anterior, hay una pérdida gradual de los tejidos del área genital, sobre todo en la región vulvar lo que produce aplanamiento del monte de Venus y disminución en la firmeza de los labios mayores. El patrón rugoso y grueso de la pared de la vagina disminuye, su revestimiento se hace delgado y menos elástico. La vagina se alarga y su elasticidad disminuye. El meato urinario está menos protegido al envejecer debido a que el tejido adiposo disminuye y hay atrofia de los labios. Esto puede generar incontinencia urinaria, irritación y cistitis. La llamada «*Cistitis de la Luna de Miel*» puede ocurrir a cualquier edad, pero la mujer anciana es más susceptible a ella, debido a los cambios hormonales que se presentan (29).

La lubricación que ocurre de forma rápida durante la fase de excitación sexual en la mujer joven, con el envejecimiento se torna lenta y disminuye en su cantidad; por ejemplo una mujer a los 30 años produce a menudo lubricación adecuada para el coito en 15 a 30 segundos mientras una mujer de 60 años puede necesitar hasta 5 minutos; sin embargo, con juegos sexuales y estímulos adecuados y suaves, la mujer anciana tendrá una lubricación apropiada (30).

Las secreciones vaginales tienden a ser menos ácidas y pueden tornarse alcalinas. Este cambio en la acidez puede alterar la flora vaginal y hacer que la mujer postmenopáusica sea más susceptible a infecciones vaginales. Sin embargo, los cambios fisiológicos y físicos que ocurren en los períodos peri y post-menopáusicos en la mujer sana afectan poco su capacidad para el desarrollo de su actividad sexual (31).

Durante esta época se presentan cambios importantes en la vida de las mujeres. Su papel como madre cambia a medida que los hijos crecen y se independizan del hogar, por lo cual al disponer de mayor tiempo para ellas, puede ser momento para el reencuentro con sus parejas y así experimentar un interés renovado en sus actividades sexuales (32).

A pesar de los varios cambios que tienen lugar en la mujer, los resultados en su funcionamiento sexual no son tan

severos como sí sucede en el hombre. Parece que no hay un tiempo biológico más allá del cual la mujer no pueda experimentar una respuesta sexual completa.

Durante la fase de excitación la erección de los pezones continúan con el mismo patrón que en la mujer joven, a pesar de que hay disminución en la elasticidad mamaria y una menor vasocongestión mamaria. El clítoris disminuye su tamaño pero conserva su sensibilidad, esto hace que requiera de estímulos más directos y suaves que antes.

En la fase de meseta, el clítoris se eleva y el glándulo debajo de su caperuza en los labios menores se expone de forma semejante como sucede en mujeres jóvenes. La vagina experimenta una expansión de los dos tercios internos, aunque ésta disminuye en la sexta y séptima décadas de vida. Las glándulas de Bartholino producen alguna lubricación adicional en el tercio externo de la vagina sobre todo durante un coito prolongado. Esto se reduce después de los 60 años en la mayoría de las mujeres (33).

La mujer saludable permanece orgásmica y multiorgásmica hasta la vejez avanzada, aunque la experiencia es menos intensa, y con una menor duración. Durante el orgasmo el útero presenta contracciones rítmicas; muchas mujeres al tener relaciones experimentan una presión en el cérvix que es poco placentera; en otras, esta presión produce una intensa excitación que es producida por la presión que ejerce el pene hacia el cerviz y al útero y de estos a los ligamentos anchos y a las membranas peritoneales, constituyéndose en un mecanismo importante para la producción del orgasmo.

Durante la fase de resolución la erección de los pezones disminuye de forma más lenta que en las mujeres jóvenes. El clítoris retorna con rapidez a su posición inicial. Los dos tercios superiores de la vagina se encogen mucho más pronto en la mujer anciana, debido a la disminución de la elasticidad.

La mujer anciana no experimenta ningún cambio en el período refractario, y después de un período de reposo mínimo (minutos), es capaz de repetir el ciclo de la respuesta sexual.

La figura 3 muestra los principales cambios en la respuesta sexual femenina que se presentan durante el envejecimiento.

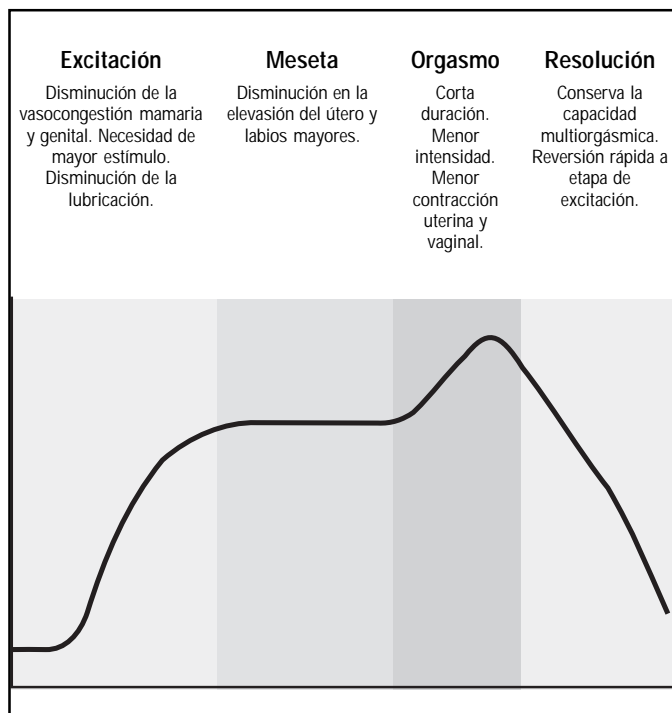


Figura 3.  
Cambios en la respuesta sexual femenina  
con el envejecimiento

## La historia sexual

Los profesionales de la salud están en una posición de privilegio para ayudar a sus pacientes a resolver preocupaciones sexuales, como fue demostrado en una encuesta sobre sexualidad humana donde el médico fue el profesional que con más frecuencia era consultado acerca de quejas sexuales, por encima de sicólogos y de terapeutas sexuales (34).

Durante la práctica médica, en la mayoría de los casos no se lleva a cabo la realización de la historia sexual, debido a varios factores entre los cuales se tienen: presumir que los ancianos no tienen vida sexual; creer que éste no es un tema pertinente para tratar durante la consulta; la vergüenza por parte del paciente para manifestar dificultades en el funcionamiento sexual a su médico o a su propia pareja; y finalmente, porque el médico no cuenta con la suficiente preparación y experiencia para abordar este tópico con sus consultantes (35).

El abordar temas sexuales durante la consulta puede tornarse difícil y laborioso, en especial si no se tiene

una adecuada comunicación y relación médico-paciente. Por otro lado, pueden presentarse dificultades para la obtención de información y la valoración de síntomas sexuales, debido a que muchos profesionales tienen una actitud senilista profundamente arraigada, con un sistema de creencias y prejuicios acerca de la sexualidad de los adultos mayores, donde la actividad sexual es vista como una función no vital en este grupo poblacional (36).

## Objetivos en la toma de la historia sexual

El objetivo principal en la realización de la historia sexual es obtener la información necesaria que contribuya de forma positiva al médico para brindar un adecuado manejo al anciano en este campo. Dentro de los objetivos se tienen (37):

- **Lograr el permiso:** el anciano puede sentirse ansioso al discutir temas sobre su sexualidad; para esto, el médico debe “Abrir la Puerta” y así permitir que comunique su problema, aunque el paciente no la abra en ese momento, quedará disponible para que lo realice en un futuro. Lo anterior debe ser llevado a cabo en un ambiente privado y confidencial.
- **Obtener la información:** un adecuado interrogatorio con preguntas abiertas y un buen uso del silencio y del lenguaje no verbal permitirá conocer el estado de salud, la actividad sexual, las relaciones que establece con su compañero-a y familia y el contexto y la red social donde se desenvuelve el paciente, como también el impacto que han tenido las diferentes enfermedades y procedimientos quirúrgicos sobre el funcionamiento sexual.
- **Conocer los mitos:** un adecuado interrogatorio permitirá descubrir las concepciones erradas que el paciente tiene sobre su sexualidad y la manera como podrían ser manejadas.

## Técnica para la toma de la historia sexual

Es similar a la que se realiza cuando se toma la historia clínica médica, pero se debe considerar que el tema discutido puede generar ansiedad, por lo cual es importante que ésta cumpla con ciertas condiciones, como son la confidencialidad y privacidad, que se deben establecer al inicio de la entrevista.

Al realizar la historia sexual es importante que el médico se ubique en el contexto de su paciente, teniendo en cuenta su cultura, no juzgarlo, y ser receptivo a la información que está ofreciendo, ya que puede ser diferente a las experiencias previamente aprendidas; también permitir al paciente que se exprese en sus propias palabras, para no interferir en la comunicación.

Durante la entrevista, el médico debe aprender a manejar la transferencia y contra-transferencia que le hace sentir el paciente y así evitar sobre-identificarse o proyectarse con él.

### **Definición de función y quejas sexuales**

La sexualidad se define como un proceso de integración emocional, somático, intelectual y de aspectos sociales en vía de aumentar la mismidad de cada uno; es una energía que es expresada en todos los seres.

La sexualidad necesita tener una mirada más allá de la anatomía, las hormonas, las relaciones coitales y el orgasmo; más bien debe ser considerada como una función que contribuye al desarrollo integral de la persona. La actividad y el funcionamiento sexual saludable comprenden el significado que tiene la proximidad de la otra persona, el tocar, la intimidad emocional y la compañía.

La función sexual normal depende de la interacción entre la libido y la potencia; la libido incluye los deseos, direccionamientos, pensamientos, fantasías, satisfacciones o placeres. Para el hombre la potencia consiste en la capacidad de obtener y mantener una erección y eyaculación; tanto para la mujer como para el hombre la potencia puede incluir la vasocongestión pélvica y las contracciones orgásmicas.

Los ancianos continúan siendo personas sexuadas, pero su actividad puede no ser posible en algunas ocasiones por acumulación de patología orgánica o psicológica, aunque continúan teniendo deseos y necesidades.

La disfunción sexual se define como la incapacidad para realizar o disfrutar de la relación sexual, convirtiéndose en una experiencia insatisfactoria para la propia persona o su compañero-a; por lo general en los ancianos se presenta en la mayoría de los casos como consecuencia de algún proceso patológico más que

por un cambio normal del envejecimiento. Por ejemplo, en el hombre las más frecuentes son la disfunción eréctil y la eyaculación precoz o retardada, en la mujer se presenta la dispareunia, la anorgasmia y el vaginismo, disfunciones que pueden ser primarias, que inician al principio de sus experiencias sexuales, o más frecuentemente secundarias, las cuales ocurren en edad tardía.

Las quejas más frecuentes referidas por los ancianos consisten en cambios en la imagen corporal, rechazo hacia el envejecimiento, disminución de la función, conflictos de pareja, diferencias en la expectativa concernientes con la actividad sexual como el tipo, tiempo, frecuencia y enfermedades de transmisión sexual.

Otra presentación de las quejas incluyen: hipocondriasis o síntomas vagos, abuso sexual, depresión y soledad.

### **Evaluación de quejas y funcionamiento sexual**

Con el crecimiento de la población de ancianos a nivel mundial, se espera que el impacto que tendrán los cambios fisiológicos y psicológicos asociados con el envejecimiento en la función sexual sean más prevalentes.

Los ancianos que presentan dificultades en su funcionamiento sexual con poca frecuencia buscan ayuda por estas quejas y si lo hacen, es probable que consulten de forma inicial a su médico, por lo cual, el médico debe vencer ciertas barreras para que durante su consulta cotidiana pueda incorporar en su esquema de historia clínica la evaluación del funcionamiento sexual de sus pacientes. Para esto es importante que durante el tiempo de su formación se le brinden los conocimientos necesarios sobre los cambios en la respuesta sexual de los ancianos, así como también las quejas que con mayor frecuencia refiere esta población, lo cual le permitirá estar sensibilizado y tener habilidades para hacer una adecuada historia sexual que le permitirá realizar un diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las patologías más frecuentes que a nivel sexual puedan ser atendidos en las consultas de nivel primario, ya que se ha encontrado que aproximadamente un 80% de éstas puede ser manejado de forma apropiada a nivel ambulatorio.



El objetivo durante la evaluación de las quejas y el funcionamiento sexual en los ancianos es permitirle que exprese sus inquietudes, dudas y preocupaciones de forma abierta.

Durante la evaluación es importante preguntar sobre el uso de medicamentos, ya que el grupo de ancianos constituye una población con alta prevalencia de enfermedades crónicas, lo cual está asociado con alto uso de medicamentos para su manejo, y por ende, una mayor probabilidad de producción de eventos y reacciones adversas medicamentosas que pueden alterar la función sexual. En la tabla 1 se muestran los medi-

camentos que pueden inducir disfunción sexual en el anciano (38).

El examen físico se debe realizar en presencia de otra persona si el médico o el paciente no se sienten cómodos. Debe incluir una adecuada valoración del sistema de órganos de los sentidos, cardiopulmonar, gastrointestinal, neurológico, piel y el sistema genitourinario, en este último es importante observar signos de privación de estrógenos (vaginitis atrófica o sinequia de labios).

En general, se necesita ordenar pocos laboratorios en la valoración inicial; se sugiere realizar glucosa en ayunas, serología, pruebas tiroideas, hemograma y bioquímica sanguínea. En mujeres con disfunción sexual, un nivel sérico de estradiol menor de 35 pg/ml, es un predictor de baja frecuencia sexual; altos niveles de la hormona folículo estimulante y de la hormona luteinizante nos sugieren inicio de la menopausia. En los hombres, los niveles de testosterona (nivel normal entre 3-10 ng/mL) nos permite realizar una evaluación global de la función testicular; niveles altos de prolactina intervienen con la función de la testosterona y producen disfunción eréctil. Estos altos niveles pueden ser ocasionados por ciertos medicamentos como haloperidol, fenotiazinas, metoclopramida, por enfermedad tiroidea, trauma o cirugía pélvica.

Existen otros estudios más especializados que generalmente son ordenados por urólogos como son: medición de erecciones, doppler (índice pene-brazo menor a 0,75 sugiere causa vascular para disfunción eréctil) y la prueba de la estampilla o sello postal, que se puede llevar a cabo a nivel de la consulta ambulatoria, explicándole al paciente que se coloque una tira de estampillas alrededor de la base del pene al momento de irse a dormir, y si al día siguiente se encuentra rasgada, es evidencia de que presenta erecciones nocturnas.

### Conceptos básicos sobre asesoría sexual en adultos mayores

Para realizar un enfoque integral de la sexualidad es necesario tener en cuenta que la sexología tiene diferentes objetivos humanos entre los cuales están: el placer, las relaciones íntimas armónicas y la autodeterminación erótica, además del siempre conocido de

| Grupo de medicamentos                                  | Acción sobre la fase de la respuesta sexual |                       |                     |
|--|---|-----------------------|---------------------|
|  | Libido                                      | Excitación y erección | Orgasmo y eyulación |
| <b>Cardiovasculares</b>                                |   |                       |                     |
| Diuréticos Tiazídicos                                  | ❖   | ❖                     | ❖                   |
| Espironolactona  | ❖   | ❖                     |                     |
| βbloqueadores  | ❖   | ❖                     |                     |
| αbloqueadores  |   | ❖                     | ❖                   |
| Bloqueadores de la entrada del Calcio                  |   |                       |                     |
| Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina  |   |                       |                     |
| Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II      |   |                       |                     |
| Digital  | ❖   | ❖                     |                     |
| Hipolipemiantes  | ❖   | ❖                     |                     |
| <b>Psicofármacos</b>                                   |   |                       |                     |
| Antipsicóticos   | ❖   | ❖                     | ❖                   |
| Antidepresivos Tricíclicos                             | ❖   | ❖                     | ❖                   |
| Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina | ❖   |                       |                     |
| Carbonato de Litio                                     | ❖   | ❖                     | ❖                   |
| Ansiolíticos   | ❖   |                       |                     |
| <b>Otros</b>   |   |                       |                     |
| Opioides y Narcóticos                                  | ❖   | ❖                     | ❖                   |
| Quimioterapéuticos                                     | ❖   | ❖                     |                     |
| Bloqueantes H2   |   | ❖                     |                     |
| Inhibidores de la Bomba de Protones                    |   | ❖                     |                     |
| Metoclopramida   | ❖   | ❖                     |                     |
| Anticonvulsivantes                                     | ❖   |                       |                     |
| Alcohol  |   | ❖                     |                     |
| Nicotina   |   | ❖                     |                     |

Tabla 1. Medicamentos y función sexual en el anciano



la reproducción. Por lo anterior es importante percibir a la persona y a la pareja dentro de un marco holístico, no realizar un manejo de forma independiente ni fraccionada. Esto hace necesario ampliar el concepto de sexualidad de un enfoque netamente reproductivo a uno interactivo de mutualidad y de sentido recreativo o placentero, con la participación de los sentidos para estimular y ser estimulado (39).

Los médicos a menudo fallan en el manejo de los temas relacionados con sexualidad en los ancianos; el error más frecuente es no proveer una adecuada información sobre los cambios normales que ocurren durante el envejecimiento, con lo cual se podría prevenir que se presenten algunas disfunciones sexuales y así como también la ansiedad que pueden generar estos cambios (40).

De las modificaciones que ocurren en la respuesta sexual de los hombres con el envejecimiento normal, es importante que comprenda:

- Se requiere de un mayor estímulo directo sobre el pene para obtener la erección.
- Aunque la rigidez y en ángulo del pene disminuyen, no son lo suficientemente importantes para interferir con las relaciones sexuales.
- El tiempo refractario se aumenta, lo cual no debe ser confundido con disfunción eréctil.
- No necesariamente en todas las relaciones que se tengan se va a presentar eyaculación.

De las modificaciones que ocurren en la respuesta sexual en la mujer con el envejecimiento normal, es importante que ella comprenda que:

- Se necesita de un mayor tiempo de estímulo para la excitación.
- Para una adecuada lubricación se requiere de un mayor tiempo lo cual evitará la presentación de dispareunia.

La actividad sexual frecuente mejora los síntomas que traen los cambios normales del envejecimiento a nivel de los órganos genitales, de ahí la frase “*Lo Usa o se Atrofia*”.

En la tabla 2 se muestra el modelo PLISSIT de asesoría sexual. Este se compone de cuatro niveles de intervención, que van desde el más simple al más com-

plejo (41). El modelo permite manejar los diferentes problemas sexuales de acuerdo con su grado de complejidad y el nivel de conocimiento y experiencia del médico. Así algunos realizarán los cuatro niveles de asesoría, mientras que otros sólo animaran al paciente a que comente sus quejas y responderán preguntas

| P<br>(Permiso)  | LI<br>(Información limitada)   | SS<br>(Sugerencias específicas)  | IT<br>(Terapia intensiva)  |
|---|--|--|--|
| El médico anima al paciente a comentar sus quejas y preguntas sobre su sexualidad | Brindar información sobre el impacto de la enfermedad crónica sobre la sexualidad y el efecto de los tratamientos sobre su función sexual. | Lecturas sobre sexualidad y enfermedad, tomar un analgésico antes de tener relaciones, técnicas y diferentes posiciones. | Manejo especializado por: Terapeuta sexual Siquiatra Psicólogo Trabajador social |

Tabla 2. Modelo PLISSIT de asesoría sexual

sencillas y en casos necesarios lo enviaran donde un experto que le pueda ofrecer una adecuada intervención.

### Remisión del paciente

Hay un número de situaciones en las cuales el médico necesita remitir su paciente a un especialista (39), estas son:

- Cuando el paciente presenta de base una psicopatología severa, depresión severa o intento de suicidio.
- Cuando el paciente y su compañero-a tienen una disfunción familiar conyugal severa.
- Cuando la asesoría sexual inicial no ha dado resultados.
- Cuando el paciente no es consciente o no puede cooperar con la terapia.
- Cuando el médico no tiene el suficiente tiempo, no se siente adecuadamente entrenado o no tiene interés en el caso.

### Puntos claves

La sexualidad en las personas ancianas además de brindar placer, mejora su autoestima, por lo cual continúa siendo una de las actividades importantes a través de sus vidas.

Es necesario diferenciar los cambios asociados con el envejecimiento en la función sexual, de los causados por la enfermedad en los ancianos, para así, evitar realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos no indicados.

El profesional de la salud debe tener una actitud receptiva, abierta y sin prejuicios, de manera que, permita al anciano comunicar sus quejas sobre sexualidad.

## Referencias

1. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-440.
2. Barton D, Joubert L. Psychosocial aspects of sexual disorders. *Aust Fam Physician* 2000;29:527-531.
3. Helleger S. Sexuality and aging. *B J Sex Med* 1998;5:16-19.
4. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: WB Saunders, 1948.
5. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. 1st ed. Boston, MA: Little, Brown & Co; 1966.
6. Marsiglio W, Donnelly D. Sexual relations later in life: a national study of married persons. *J Gerontol* 1991;46:S338-S344.
7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54-61.
8. Schiavi RC, Schreiner-Engel P, Mandeli J. Healthy aging and male sexual function. *Am J Psychiatry* 1990;147:766-771.
9. Mulligan T, Moss CR. Sexuality and aging in male veterans. A cross-sectional study of interest, ability, and activity. *Arch Sex Behav* 1991;20:17-25.
10. Mulligan T, Retchin SM, Chinchilli VM. The role of aging and chronic disease in sexual dysfunction. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:520-524.
11. Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Artes gráficas Tizan; 2002.p.20-29.
12. Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150:197-200.
13. Kaplan H. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza Editorial; 1974.
14. Schiavi RC, Schreiner-Engel P, White D, Mandeli J. The relationship between pituitary-gonadal function and sexual behavior in healthy aging men. *Psychosom Med* 1991;53:363-374.
15. Neaves WB, Johnson L, Parker CR, Petty CS. Leydig cell numbers, sperm production, and serum gonadotropin levels in aging men. *J Clin Endocrinol Metab* 1984;59:756-763.
16. Edwards AE, Husted JR. Penile sensitivity, age, and sexual behavior. *J Clin Psychol* 1976;32:697-700.
17. Mulligan T, Katz G. Erectile failure in the aged. Evaluation and treatment. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:54-62.
18. Winn RL, Newton N. Sexuality in aging. A study of 106 cultures. *Arch Sex Behav* 1982;11:283.
19. Mulligan T, Katz PG. Why aged men become impotent. *Arch Intern Med* 1989;149:1365-1366.
20. Godschalk MF, Sison A, Mulligan T. Management of erectile dysfunction by the geriatrician. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1240-1246.
21. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *J Urol* 1987;137: 829-836.
22. Mulligan T. Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Med* 1998;29:148-154.
23. Kaiser FE. Sexual Functioning. In: Forciea MA, Schwab EP, Raziano DB, Lavizzo-Mourey R, eds. *Geriatric Secrets*. 3th. Philadelphia: Hanley & Belfus;2004.p.222-225.
24. Kaiser FE. Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am* 1996;23:99-109.
25. Yee LA, Sundquist KJ. Women's Sexuality. *MJA* 2003;178:640-642.
26. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Goldstein I. Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. *Curr Opin Urol* 1999;9:563-568.
27. Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S319-S324.
28. Henderson VW, Paganini-Hill A, Emanuel CK.

- Estrogen replacement therapy in older women. *Arch Neurol* 1994;51:896-900.
29. Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE. Sexuality and the older woman. *Clin Geriatr Med* 1993;9:87– 106.
  30. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol* 2002;20:111-118.
  31. Avis NE, Stellato R, Crawford S. Is there an association between menopause status and sexual functioning?. *Menopause* 2000;7:297-309.
  32. Avis NE. Sexual function and aging in men and women: Community and population-based studies. *J Genit Specif Med* 2000;3:37-41.
  33. Pariser SF, Neidermeier JA. Sex and mature women. *J Womens Health* 1998;7:849– 859.
  34. Arias L, Montero JT, Castellanos J. Interacción Humana, Integralidad y Ciclos Vitales: Enfoque Integral de la Sexualidad. En: Arias L, Montero JT, Castellanos J eds. *Medicina Familiar*. Santa Fé de Bogotá. Editorial Maldonado;1995.p.1-15.
  35. Stedman Y, Elstin M. Rethinking sexual health clinics. *BMJ* 1995;310:342–343.
  36. Loehr J, Verma S, Seguin R. Issues of sexuality in older women. *J Womens Health* 1997;6:451-457.
  37. Jones R, Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health. *Postgrad Med J* 2004;80:444–446.
  38. Thomas DR. Medications and sexual function. *Clin Geriatr Med* 2003;19:553– 562.
  39. Szwabo PA. Counseling about sexuality in the older person. *Clin Geriatr Med* 2003;19:595– 604.
  40. Johnson B. Older adults' suggestions for health care providers regarding questions of sex. *Geriatric Nursing* 1997;18:65 – 67.
  41. Annon JS. Behavioural treatment of sexual problems: brief therapy. Hagerstown, Md: Harper & Row, 1976.