

*Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar #190, Especialista en Medicina Familiar.

Correspondencia:

Dr. Marco Antonio Tavera Vilchis.

Correo electrónico:

mtaveravilchis@gmail.com

Recibido: 30-08-22

Aceptado: 25-11-22

Sexualidad en el adulto mayor: una perspectiva desde la medicina familiar

Sexualidade no idoso: uma perspectiva da medicina de familia

Sexuality in the Older Adults: a Perspective from Family Medicine Point of View

Marco Antonio Tavera Vilchis.*

Resumen

La sexualidad es un aspecto esencial del ser humano y forma parte fundamental en la vida de los adultos mayores. Mientras las personas van envejeciendo, existen notables cambios biológicos. La sexualidad es un proceso dinámico e interviene en múltiples situaciones. El estudio integral del paciente adulto mayor representa un reto para el médico familiar y al mismo tiempo se constituye en una enorme área de oportunidad. Se enfatiza el compromiso de otorgar un abordaje completo, así como trabajar por medio de un equipo multidisciplinario, con el fin de mantener el bienestar y pleno goce de la sexualidad en nuestros pacientes.

Palabras clave: sexualidad, adulto mayor, envejecimiento

Resumo

A sexualidade é um aspecto essencial do ser humano e é parte fundamental da vida dos idosos. À medida que as pessoas envelhecem, ocorrem mudanças biológicas notáveis. A sexualidade é um processo dinâmico e intervém em múltiplas situações. O estudo compreensivo do doente idoso representa um desafio para o médico de família e ao mesmo tempo constitui uma enorme área de oportunidade. Ressalta-se o compromisso de proporcionar uma abordagem completa, bem como trabalhar por meio de uma equipe multidisciplinar, a fim de manter o bem-estar e o pleno gozo da sexualidade de nossos pacientes.

Palavras-chave: sexualidade, idoso, envelhecimento

Abstract

Sexuality is an essential aspect of human beings, and it is a fundamental part of the lives of older adults. As people get older, there are remarkable biological changes. Sexuality is a dynamic process, and it intervenes in multiple situations. The comprehensive study of the elderly patient represents a challenge for the family physician and at the same time it constitutes a huge area of opportunity. The commitment to provide a complete approach is emphasized, along with working with a multidisciplinary team, in order to maintain

the well-being and full enjoyment of sexuality in our patients.

Keywords: sexuality, elderly person, aging

Introducción

A medida que aumenta la esperanza de vida, también se incrementa la cantidad de adultos mayores; tenemos un panorama donde la población mayor a 60 años supera a la población de cinco años o menos, por lo que se tiene previsto que, en las próximas tres décadas, la población de adultos mayores alcance aproximadamente un 30% de la población total, en caso de no existir variaciones en las condiciones demográficas.¹

Los médicos familiares atendemos personas de cualquier grupo etario; en el caso específico de los adultos mayores, la sexualidad y los problemas que aqueja, tienen una enorme relevancia, generando retos, pero también grandes áreas de oportunidad.

La sexualidad es un aspecto esencial del ser humano, de la que comúnmente se habla poco, pero que afortunadamente cada vez se toca más el tema y forma parte de la vida diaria de todas las personas; la sexualidad se encuentra “desde la cuna hasta la tumba”, nos acompaña desde el momento en que nacemos hasta que morimos y a lo largo de la historia se ha considerado que la educación, cultura y otros aspectos como el ámbito social han sido responsables de no otorgarle la importancia que debería tener.^{2,3}

¿Por qué hablar de sexualidad en el adulto mayor?

Para nadie es un secreto que la sexualidad es una característica humana compleja que impregna varias esferas de la vida de una persona; es importante hacer notar al adulto mayor que también en esa etapa de la vida, la sexualidad existe y puede brindar múltiples beneficios a la salud si se mantiene activa, como lo son la satisfacción y sensación de bienestar.

La sexualidad en el adulto mayor es un proceso con carácter material y espiritual, social e interper-

sonal, con gran influencia en el comportamiento humano; se modifica a causa de cambios físicos que se producen en el cuerpo, sin embargo, el interés y deseo sexual nunca se pierden y se mantienen sin importar la edad. Su estudio es complicado debido a que la mayoría de las personas no suelen hablar de ella o lo hacen de forma incompleta. La sexualidad no se limita a la procreación, la sensación de placer sigue vigente en la vivencia subjetiva, en la experiencia mental y física de la persona en senectud. Podemos denotar que los deseos, pensamientos y sueños forman parte de su universo, y que en determinadas ocasiones se ven mermados por temor al rechazo.⁴⁻⁶

La actividad sexual es importante en los mayores de 60 años, se ha encontrado que un 52% siguen manteniendo relaciones sexuales e incluso un 70% se considera sexualmente atractivo para su edad.⁷ Los datos existentes muestran que 54% de las personas con edades entre 75 y 85 años, continúan sexualmente activas, manteniendo una frecuencia de 2 a 3 veces por semana y hasta un 23% con una frecuencia de una vez a la semana; una tercera parte de esos encuentros no eran por relación coital sino por sexo oral. Para las personas mayores de 85 años, un 41% no consideraban importante las relaciones sexuales y los que refirieron mantener actividad, hasta un 73% mencionaron practicar sexo oral y 69% recurrir a la masturbación.² Mientras en las mujeres van aumentando de edad, recíprocamente es menor el número de relaciones sexuales que sostienen y al contrario, en el varón sin importar su estatus social, se mantiene esa función sexual hasta en un 75% de los casos.^{8,9}

¿Qué cambia en el adulto mayor?

Existen cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y que afectan a cada uno de los sexos. En el caso de las mujeres hay un cese de producción hormonal estrogénica, disminuye el tamaño y la elasticidad vaginal, se aminora la lubricación vaginal, existe menor congestión del clítoris y la plataforma vaginal, las mamas reducen su tamaño, pierden grasa y tejido glandular y se vuelven péndulas, así como los orgasmos y contracciones uterinas cada vez son más cortos y débiles. Por contraparte, en los hombres, disminuye la testosterona y producción de esperma, existe una erección más lenta que requiere mayor estimulación, decrece la turgencia del pene, aparece un descenso rápido de la erección tras eyacular, así como se presenta un período refractario largo por una menor elevación testicular. Independientemente de los cambios, también se ha considerado que la actividad sexual está mal estudiada, es poco conocida y en muchas ocasiones mal comprendida.^{10,11}

El considerado modelo joven de sexo coital se adapta a otro tipo de manifestaciones como abrazos, besos, caricias, uso de juguetes sexuales y sexo oral; además, a causa de la feminización demográfica que agudiza la expectativa de vida diferencial entre ambos sexos; condiciona que, en las mujeres, la ausencia de pareja sea una de las principales causas de cese de las relaciones sexuales.

El papel del médico familiar

La función sexual puede verse mermada por condiciones comórbidas y para diagnosticar una alteración debemos integrar una historia clínica completa, estudiar los factores de riesgo psicosociales, realizar una exploración física adecuada, conocer las preferencias del paciente, tener una comunicación efectiva, así como tener un plan de manejo integral y un abordaje centrado en la persona que brinde un trato digno y respetuoso.¹²

La presencia de enfermedades crónico degenerativas afecta a ambos sexos; en el caso de la atención de los hombres es más común buscar ayuda para resolver esta problemática y continuar siendo activo, sin embargo, en las mujeres por cuestiones socioculturales muchas veces prefieren no evidenciarlo o creer que es normal que por la edad cese la actividad sexual y no es tan fácil que busquen alternativas terapéuticas.

Según las patologías, existen repercusiones en la actividad sexual, por ejemplo: en el caso de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, disminuye la fuerza y habilidad para tener relaciones sobre todo coitales permitiendo el cese de las relaciones¹³; si existe diabetes mellitus tipo 2, genera impotencia en el hombre, resequedad vaginal en la mujer que condiciona dispareunia y falta de deseo sexual en ambos^{14,15}; si hay osteoartritis o enfermedades reumatológicas degenerativas hay dificultad para practicar el coito por efecto del dolor.¹⁶ Algunas cirugías como prostatectomía, histerectomía, colporrafía o colpocleisis, también pueden interferir en el coito y tener un impacto psicológico negativo; los trastornos mentales y del ánimo, sobre todo los más prevalentes como depresión y ansiedad, así como las enfermedades neurológicas y trastornos demenciales, dificultan la erección y disminuyen la lubricación generando pérdida de la libido así como interferencia en las relaciones interpersonales¹⁷⁻¹⁹; además aparte de todo esto, el uso de múltiples medicamentos puede aumentar el riesgo de polifarmacia y en este caso generar en ambos sexos alteraciones en la libido²⁰, en el caso de las mujeres puede haber crecimiento mamario, galactorrea o virilización y en los hombres disminución de la eyaculación, priapismo e impotencia. Otro punto a destacar, es el sentimiento de soledad, el cual es un fenómeno natural y un factor de vulnerabilidad en las personas de edad avanzada; el hecho de

que las personas mayores vivan solas supone un reto tanto para la propia persona y su entorno como para la sociedad.²¹ Cabe aclarar que, a pesar de presentarse las patologías, no todos los pacientes tienen porque presentar estas alteraciones y no necesariamente tiene que traducirse en pérdidas.

El médico familiar debe estar preparado para abordar integralmente a los pacientes y detectar disfunciones sexuales, las cuales se definen como “problemas presentes en ambos sexos relacionados a deseo-excitación-orgasmo que deben perdurar en el tiempo y ser repetitivos” y que suelen acompañarse de una serie de síntomas que afectan a la persona en su unidad biopsicosocial y cultural (enfermedades, medicamentos, alteraciones hormonales, ansiedad, depresión, conflictos educativos, religiosos y culturales) que generan culpa, ignorancia y vergüenza. Es importante resaltar que tampoco debemos olvidar las crisis familiares y alteraciones de la dinámica familiar, así como disfunciones en subsistemas como el conyugal que pueden exacerbar la sintomatología de los pacientes.²²

Para detectar una disfunción sexual debemos estudiar completamente varios aspectos de la persona. En las mujeres debemos analizar falta de deseo sexual, menopausia y síndrome climatérico, crisis familiares, atención de enfermedades crónicas, cansancio, estrés, obesidad, toxicomanías, terapias de reemplazo hormonal, evaluación de autoestima, imagen corporal, alteraciones de excitación y lubricación vaginal, desorden orgásmico junto con el fracaso, inseguridad y recriminación a la pareja, alteraciones en la comunicación conyugal, dispareunia y en caso de padecer cáncer si estuvo expuesta a radiación. En los hombres lo más común es encontrar disfunción eréctil, por lo que debemos enfatizar la evaluación en la atención de enfermedades crónicas, toxicomanías, uso de medicamentos, contrarrestar la inseguridad y frustración, conocer uso de fármacos o dispositivos especiales, así como la presentación de fallas o reacciones a los mismos y examinar aspectos familiares y/o de pareja.^{8,9,22}

Además de la evaluación clínica en la consulta debemos utilizar instrumentos de valoración para medir la sexualidad humana; un ejemplo es el estudio de Tirado González et al.²³ quienes realizaron un instrumento para valorar la sexualidad femenina que incluye aspectos sociodemográficos, aspectos de relación con la pareja, prácticas sexuales y disfunción sexual, el cual tiene buena consistencia interna, validez y confiabilidad, siendo fácil de administrar y completar; también podemos hacer uso de instrumentos que miden comportamiento sexual, función sexual y sensación de bienestar.⁵ Incluso existen instrumentos que miden la incomodidad de discutir temas sexuales que orientan acerca del conocimiento de la sexuali-

dad en la vejez²⁴ permitiendo un estudio más completo en el primer nivel de atención.

Dentro del ámbito social, debemos tener en cuenta muchos aspectos, en el caso de las personas de edad avanzada el sexo coital es más común en la habitación por lo cual debe tener un ambiente ad-hoc según características arquitectónicas como disposición de muebles, colores, aromas y temperatura que brinden comodidad y privacidad. El nivel socioeconómico también es un aspecto importante a considerar, debido a que existe una relación directa entre el ingreso y número de relaciones sexuales que se tienen; a lo largo de la historia se ha visto que los hombres entregaban regalos para obtener la seguridad del sexo, en las familias tradicionales ocurría muy a menudo, sin embargo, en las familias modernas, donde la mujer se independizó y se integró al ámbito laboral, estos aspectos son menos frecuentes, se ha relajado el control que se tenía y además ha aumentado el sexo extramarital. Existe una barrera a destacar que es la religión, la cual, aunada a la influencia de reglas civiles en conjunto con algunas leyes, controlaba y normaba conductas sexuales con acciones como castigo, represión y estigmatización, así como las creencias erróneas, tabús y mitos que generaban de forma negativa control y disminución en la frecuencia de conductas sexuales, así como el aumento -en muchos casos- de conductas de riesgo.²⁵

Diversidad sexual en la vejez

La vejez es una etapa “maravillosa” de la vida llena de posibilidades e incluso puede ser una experiencia única y para algunas personas la mejor etapa sexual de su ciclo vital. Existe tanta variedad, que dentro de cada persona debemos valorar la identidad de género, expresión de género, sexo biológico y orientación sexual; una forma fácil de recordarlos es con el acrónimo PRIMO de los componentes de la sexualidad que incluyen los patrones de género, reproducción, identidad sexual, mecanismos sexuales y orientación sexual o los denominados *4 holones de la sexualidad*: reproducción humana, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal. En estos casos encontramos adultos mayores que pueden ser lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros o quimeras (LGBTQ) entre otros y aunque a lo largo de los años, han sido poblaciones con desventajas por percibir discriminación y estigmas; cada vez va mejorando esta situación además de que las prácticas se orientan en abordajes específicos que evolucionan gracias a la investigación continua.²⁶⁻²⁹

La experimentación puede ocurrir a lo largo de la vida y ser adulto mayor no exenta de ello. Al no ser informado en el hogar ni en la escuela se carga un enorme desconocimiento que acrecienta los tabús y barreras; si se dejan de lado las ideas erróneas restrictivas y se exploran formas de reestructurarlas puede haber

una retroalimentación positiva. Los adultos mayores tienen una enorme experiencia y vivencias acumuladas que generan una sexualidad rica y completa que no debe ser limitada. Como profesionales de salud, no debemos anular la sexualidad, no infantilizar al adulto mayor, dejar la idealización y permitir la libre expresión de la sexualidad.

Romper los mitos y barreras

Las manifestaciones de sexualidad en adultos mayores siguen siendo rechazadas y minimizadas por la población general, lo que contribuye a presentar prejuicios y mitos. Dentro de los prejuicios y mitos más frecuentes que se han descrito son: *los adultos mayores no tienen actividad sexual; no están interesados en mantener relaciones románticas; quienes piensan en tener relaciones sexuales están enfermos o son pervertidos; ya no tienen energía para tener sexo y en el caso de los hombres ya no pueden porque no tienen erecciones; no son apuestos y no se considera normal que alguien se sienta atraído por alguno de ellos; solo pueden continuar su actividad sexual si tienen pareja y cuando ésta falta, pierden esa oportunidad*. Todo este tipo de percepciones malentendidas anulan esta importante característica en las personas adultas mayores y menoscaban la calidad de vida.³⁰⁻³² Como se ha mencionado, los adultos mayores se enfrentan a diferentes prejuicios que impiden el goce pleno de su sexualidad, sin embargo, como seres sexuados su sexualidad nunca deja de existir y es dinámica, es decir, se va desarrollando y modificando a lo largo de la vida, por lo cual se deben vencer las ideas limitantes que son mal concebidas y erróneas.

La sociedad y en ocasiones los mismos profesionales de la salud cometemos el error de “patologizar” a la vejez y a la sexualidad y esta realidad debe cambiar. Se debe dar la oportunidad a los adultos mayores de recuperar o mantener la satisfacción sexual. Debemos hacer conciencia en los adultos mayores que el no tener coito no es el fin de la sexualidad; la comunicación táctil es probablemente lo más esencial e imprescindible, donde besar, abrazar, sostener, apretar, acariciar entre otras, son expresiones de galanteo, coquetería, erotismo, ternura, amor y se puede acompañar de la comunicación fluida y auténtica, que permita el conocimiento de las necesidades y preferencias de las personas. La sexualidad debe ser más abierta, tolerante y en contacto con las emociones de las personas adultas mayores. Quitemos la presión de “*lo que la gente tiene que ser*”.

Conclusiones

El médico familiar debe buscar y promover un envejecimiento positivo, manteniendo la autonomía y calidad de vida del adulto mayor, al brindar un abordaje inte-

gral en el estudio de la sexualidad. Finalmente, todos necesitamos algo de educación sexual; conocer y tener fuentes de conocimiento sólido, así como mantener una actualización médica continua y apoyo multidisciplinario, lo cual nos permitirá dar la mejor atención e información disponible a nuestros pacientes.

Referencias

1. D'Hyver de las Deses C, Gutiérrez Robledo LM, Zúñiga Gil CH. Geriátría. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2019.
2. Abizanda Soler P, Mañas LR. Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. España: Elsevier; 2020.
3. Thomas P, Hazif-Thomas C. La sexualité des personnes âgées. Soins Gérontologie. 2020;25(144):12-6.
4. Sinković M, Towler L. Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. Qual Health Res. 2019;29(9):1239-54.
5. Lee DM, Vanhoutte B, Nazroo J, Pendleton N. Sexual Health and Positive Subjective Well-Being in Partnered Older Men and Women. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2016;71(4):698-710.
6. Bitzer J. Sexualität beim älteren Paar: Was hat sich seit 1970 geändert? Ther Umsch. 2021;78(8):421-5.
7. Hernández Carrasco M, de la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, Cano Pazos M. Características de la esfera sexual en pacientes adultos mayores. Med Fam SEMER-GEN. 2019;45(1):37-43.
8. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(10):97.
9. Morton L. Sexuality in the Older Adult. Prim Care Clin Off Pract. 2017;44(3):429-38.
10. Ricoy-Cano AJ, Obrero-Gaitán E, Caravaca-Sánchez F, Fuente-Robles YMDL. Factors Conditioning Sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies. J Clin Med. 2020;9(6):1716.
11. Ho PJ, Goh YS. Health care professionals and care staff challenges and experiences of managing sexual expression among older adults ≥60 years in long-term care facilities: a qualitative review and meta-synthesis. Age Ageing. 2022;51(1):afab230.
12. Ramírez-Villaseñor I. Medicina centrada en la persona y método clínico centrado en el paciente. ¿Qué son? Rev Mex Med Fam. 2022;5(2):1162.
13. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. [Systemic arterial hypertension in the elderly. Recommendations for clinical practice]. Rev Medica Inst Mex Seguro Soc. 2016;54 Suppl 1:s75-77.
14. Thanh HN, Trong KHP, Huu AN, Xuan GNT, My HL, Thanh TN, et al. Prevalence of hypertension and distribution of body mass index levels among older adults with type 2 Diabetes Mellitus in Vietnam: a multicentre study. J Hypertens. 2022;40(Suppl 1):e64-5.
15. Pellegrino F, Sjöberg DD, Tin AL, Benfante NE, Briganti A, Montorsi F, et al. Relationship Between Age, Comorbidity, and the Prevalence of Erectile Dysfunction. Eur Urol Focus. 2022;S2405456922001754.
16. Peshkova M, Lychagin A, Lipina M, Di Matteo B, Anzillotti G, Ronzoni F, et al. Gender-Related Aspects in Osteoarthritis Development and Progression: A Review. Int J Mol Sci. 2022;23(5):2767.
17. Tavera Vilchis MA, Blanco Trejo W. Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud. Aten Fam. 2022;29(3):186.
18. Martínez Mendoza M del C, Gutiérrez Mendía A, Bonaparte Caballero E, Gómez Alons C, Lajud N. Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. Aten Fam. 2021;28(2):125.
19. Oyon J, Serra-Prat M, Limon E, Ferrer M, Pastor N, Palomera E, et al. Depressive symptom severity is a major risk factor for frailty in com-

- munity-dwelling older adults with depression. A prospective study. *Fam Pract.* 2022;cmab174.
20. Fajreldines A, Insuja J, Schnitzler E. Prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en adultos mayores. *Rev Calid Asist.* 2016;31(5):279-84.
 21. Hernández Gálvez OA. Actividad sexual en el adulto mayor como factor que puede impactar en la calidad de vida. *Aten Fam.* 2021;28(3):196.
 22. Gallegos-Carrillo K, Honorato-Cabañas Y, Macías N, García-Peña C, Flores YN, Salmerón J. Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults. *Salud Pública México.* 2019;61:106.
 23. Tirado-González S, Navarro-Sánchez A, Compañ-Rosique A, Luri-Prieto P, Rodríguez-Marín J, Van-der Hofstadt-Román CJ, et al. Validation of the Center of Applied Psychology Female Sexuality Questionnaire (CAPFS-Q). *J Clin Med.* 2021;10(12):2686.
 24. Gewirtz-Meydan A, Levkovich I, Pinto G, Ayalon L. Discomfort in Discussing Sexual Issues: Developing a New Scale for Staff at Long-Term Care Facilities for Older Adults. *J Gerontol Nurs.* 2022;48(9):27-37.
 25. Chung S, Kim M. Age-friendly environment, social support, sense of community, and loneliness among middle-aged and older adults in Korea. *Aging Ment Health.* 2022;1-8.
 26. Fredriksen Goldsen K, Kim HJ, Jung H, Goldsen J. The Evolution of Aging With Pride—National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study: Illuminating the Iridescent Life Course of LGBTQ Adults Aged 80 Years and Older in the United States. *Int J Aging Hum Dev.* 2019;88(4):380-404.
 27. Marlin L, Lewis C, McLaren S. *"Being Able to Be Yourself"*: A Qualitative Exploration of How Queer Emerging Adults Experience a Sense of Belonging in Rural Australia. *J Homosex.* 2022;1-22.
 28. Bailey D, Calasanti T, Crowe A, di Lorito C, Hogan P, de Vries B. Equal but different! Improving care for older LGBT+ adults. *Age Ageing.* 2022;51(6):afac142.
 29. Simms D. How Myths About Nonbinary People Impede Delivering Quality Care. *Creat Nurs.* 2020;26(2):101-4.
 30. Alencar DL de, Marques AP de O, Leal MCC, Vieira J de CM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(8):3533-42.
 31. Prieto-Castro R, Puigvert-Martínez AM, Artigas-Feliu R, Illán-Mateo P, Cruz-Culebra N, Artés-Ferragud M, et al. Opinions, Attitudes, and Perceptions in Relation to Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation in the Undiagnosed Spanish Male Population. Results of the PANDORA Project. *J Sex Med.* 2020;17(8):1495-508.
 32. Naar JJ, Weaver RH, Sonnier-Netto L, Few-Demo A. Experiential education through project-based learning: Sex and aging. *Gerontol Geriatr Educ.* 2021;42(4):528-40.