

LA SEXUALIDAD DESPUES DE LOS 65 AÑOS

INTRODUCCIÓN

La sexualidad en la vejez es un área especialmente maltratada, poco conocida y menos entendida por la sociedad, por los propios ancianos y por los profesionales de la salud a los que van a llegar las personas de edad avanzada con problemas y dudas al respecto.

La actividad sexual humana depende de las características físicas, psicológicas y biográficas del individuo, de la existencia de una pareja y de sus características, y también del contexto sociocultural en el que tiene lugar la relación.

En líneas generales, la relación sexual suele considerarse una actividad propia de las personas jóvenes, de buena salud y con atractivo físico. La idea de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales no está muy aceptada por la sociedad, prefiriendo eludirla, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo y, por tanto, dando lugar a una supuesta "inexistencia". A pesar de esos tópicos de signo cultural, la vejez, conlleva la necesidad psicológica de una actividad sexual continuada. No hay edad en la que la actividad sexual, los pensamientos sobre sexo o el deseo finalicen. Debido al desconocimiento y a la presión social, numerosas personas de edad avanzada, en quienes es intenso el deseo sexual, experimentan un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza, incluso llegan a creerse anormales. Los ancianos se distancian de su propio cuerpo, y al igual que en la infancia, en la vejez la sociedad impone que la sexualidad debe ser ignorada.

La esperanza de vida en países industrializados ha aumentado espectacularmente, lo que se asocia con un importante incremento del número de ancianos en la población. Aunque la actividad sexual decrece con la edad, muchos individuos en la octava década de sus vidas siguen siendo activos sexualmente, y el deseo sexual está presente incluso en individuos más ancianos. Más de la mitad de los hombres con 90 años, refieren mantener interés sexual, aunque menos del 15% son activos sexualmente.

La creencia de que la edad y el declinar de la actividad sexual están inexorablemente unidos ha hecho que no se prestara atención suficiente a una de las actividades que procura mayor calidad de vida, igualmente en los ancianos, como es la sexualidad.

La literatura está repleta de estudios sobre actividad sexual definida como actividad coital exclusivamente, pero la sexualidad comprende otras actitudes, conductas y prácticas, dato que si no es tenido en cuenta modificará los resultados de las distintas investigaciones.

Hasta hace muy poco, la actividad sexual en los ancianos ha sido considerada inapropiada, inmoral e incluso una conducta bizarra. Un cambio radical con respecto a la sexualidad en la última década ha permitido un aumento del número de ancianos que han buscado y buscan consejo y tratamiento de las disfunciones sexuales que pueden padecer, así como respuesta a las dudas que aparecen acerca de los cambios sexuales que presentan.

En los ancianos la función sexual se ve afectada en primer lugar por los cambios fisiológicos y anatómicos que el envejecimiento produce en el organismo sano, cambios que deben distinguirse de los efectos en la actividad sexual que las diferentes enfermedades y/o sus tratamientos pueden producir.

Las características psicológicas, sociales y culturales en las que tenga lugar la relación influyen también de manera decisiva en la función sexual de la persona de edad avanzada. Nuestra sociedad acepta relativamente mal la existencia de sexualidad en el anciano, y los ancianos que presentan no sólo alguna actividad sexual sino cualquier manifestación de su interés sexual son con frecuencia discriminados. No

se considera correcto hablar de ello, ni plantear la existencia de problemas relacionados con la sexualidad del anciano. Sin embargo, los estudios médicos demuestran que la mayoría de las personas de edad avanzada son capaces de tener relaciones sexuales y de sentir placer en toda la gama de las actividades de este tipo a las que se entregan las personas más jóvenes .

PREVALENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL CON LA EDAD

En 1948 se publicó el primer estudio sobre las relaciones sexuales en la vejez. Kinsey et al fueron los primeros en documentar la existencia de un gradual declive en la actividad y en el interés sexual con el envejecimiento. Esta disminución de la función sexual se constató tanto en los hombres como en las mujeres.

Posteriormente a este estudio se han publicado otros muchos que con pequeñas variaciones mantienen los mismos resultados. En general en todas las investigaciones aparece como más severo el descenso en las relaciones sexuales en la mujer.

Una posible explicación a la diferencia entre hombres y mujeres estaría en que la mayoría de estudios que aparecen en la literatura utilizan como definición de actividad sexual exclusivamente el coito, y en edades avanzadas se produce en la población un desequilibrio numérico a favor de las mujeres. De hecho, en mayores de 85 años hay 39 hombres por cada 100 mujeres, prácticamente dos terceras partes de la población anciana son mujeres, por lo que la ausencia de actividad sexual en la mujer podría tener que ver con la falta de pareja, entre otras razones.

Muchos de los estudios existentes sobre sexualidad y vejez han sido criticados debido a que confunden los efectos propios de la edad con aquellos debidos a patología o a factores como la socialización, factores culturales y de actitud o valores.

Kaiser en 1996 realiza una revisión de los diferentes trabajos publicados hasta el momento sobre este tema. Entre ellos destaca el estudio llevado a cabo por Pfeiffer et al quienes encontraron que el 95% de los hombres de edades comprendidas entre los 46 y 50 años mantenían relaciones sexuales semanalmente, cayendo este porcentaje al 28% en los varones de 66 a 71 años. En el caso de personas casadas, el 53% de los individuos de 60 años y el 24% de los mayores de 76 años eran sexualmente activos.

Otro trabajo descrito en la revisión de Kaiser es el realizado por Bretschneider et al. Estos autores indican que el 63% de los hombres y el 30% de las mujeres de entre 80 y 102 años de edad eran activos sexualmente. En este estudio, además, se reseñaba que la actividad sexual más frecuente eran las caricias y tocamientos seguido del coito. El 74% de los hombres y el 42% de las mujeres practicaban la masturbación. Las mujeres activas sexualmente tendían a haber tenido más parejas sexuales y mayor nivel de actividad sexual en su juventud . Dato que posteriormente se ha confirmado también con los hombres. Nieto, realizó un estudio en el que se encuestó a 1110 individuos españoles, mayores de 65 años, 658 mujeres y 452 hombres, en los resultados obtenidos aparece también la existencia de esta estrecha relación entre la actividad sexual mantenida en la vejez y la sexualidad ejercida durante la juventud .

A la hora de estudiar las relaciones sexuales en los ancianos, Bretschneider et al describen como variables que pueden influir limitando la actividad sexual, a la capacidad de la pareja, el estado de salud, problemas de impotencia en el hombre o de dispareunia en la mujer, así como el interés sexual en la juventud. Otros predictores importantes para estos autores, son la toma de medicación y variables ambientales, como la pérdida de privacidad, por ejemplo, el vivir en una residencia o en casa de los hijos pueden suponer una falta de intimidad, lo que llevará a un detrimento en las relaciones sexuales .

Elaine Steinke en un estudio realizado con el personal de 144 residencias de ancianos encontró que

había un importante desconocimiento acerca de la sexualidad en la vejez, así como conductas prohibitivas con respecto a las relaciones sexuales entre los ancianos, lo que lleva en numerosas ocasiones a impedir y dificultar cualquier acercamiento sexual entre ancianos . Con respecto a los ancianos con deterioro cognitivo, la situación se convierte en un tema muy delicado, donde es necesario una cuidadosa valoración individual.

Persson llevó a cabo un estudio con una muestra de individuos de 70 años, esta investigación dio como resultados que las variables más importantes asociadas con la actividad sexual eran el estado de salud mental, una actitud positiva hacia las relaciones sexuales y una historia de relaciones frecuentes durante la juventud. En este estudio Persson no encontró que la salud física estuviera relacionada de manera significativa con la frecuencia de relaciones sexuales .

Schiavi y Rehman en 1995 realizaron un estudio en hombres de entre 45 y 74 años con relaciones sexuales estables. Los datos obtenidos muestran que la edad correlaciona significativamente y de forma negativa con el deseo sexual y con la actividad sexual, pero no así con el grado de satisfacción obtenido en las relaciones sexuales. Los autores encontraron también un aumento de las disfunciones sexuales fundamentalmente alteraciones de la erección y de la eyaculación en los individuos de edad avanzada, con respecto a individuos jóvenes .

El hecho de que estos individuos sanos mantuvieran (con las mismas características) la satisfacción sexual, lleva de nuevo a recalcar la importancia de los factores psicológicos y relacionales en la actividad y deseo sexual y no sólo la de los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por el envejecimiento .

Dello et al en 1998 realizaron un estudio analizando varios aspectos del interés y de la actividad sexual en la vejez, con una muestra de 335 ancianos italianos de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 65 y los 106 años . Las conclusiones obtenidas son numerosas e importantes, entre ellas destaca el hecho de que se confirma la existencia de una disminución tanto del interés sexual como de la actividad sexual con la edad, mayor en las mujeres que en los hombres. Estos autores correlacionan la disminución de la actividad sexual con el deterioro físico gradual que se produce con el envejecimiento. Como resultado de su investigación describen una serie de factores que relacionan positivamente con la actividad sexual como son el ser hombre, estar casado, menor edad, la no existencia de deterioro cognitivo, mayor nivel educacional y buen funcionamiento social. Por otro lado, factores como la edad, el nivel educacional o el funcionamiento social pierden importancia respecto al interés sexual que se mantiene de manera más constante que la actividad sexual, incluso a edades muy avanzadas .

En resumen, la revisión de la literatura publicada sugiere que hay una disminución en la frecuencia de las conductas sexuales, que afecta también al interés sexual y que se produce un aumento de las disfunciones sexuales asociado con la edad.

De cualquier modo hay diferencias individuales importantes en las que parece influir entre otros factores, las características de las relaciones sexuales en la juventud, el estado de salud, los medicamentos administrados, la existencia de alteraciones psicopatológicas, así como variables psicosociales que incluyen la existencia de pareja estable y la calidad de la relación, el funcionamiento social y el nivel educacional.

CAMBIOS BIOLÓGICOS CON EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento fisiológico es una clave importante para entender, en parte, la disminución de la actividad sexual que se produce en esta etapa de la vida, aunque no es posible explicar todos los cambios que ocurren teniendo en cuenta sólo este hecho .

Un error frecuentemente aceptado es la confusión entre envejecimiento y enfermedad. Aunque el proceso de envejecimiento incluye la susceptibilidad a las enfermedades, los cambios producidos por el proceso de envejecimiento son universales, afectando a todos los individuos de todas las especies animales, mientras que las enfermedades sólo afectarán a un determinado grupo de estos individuos .

Es importante remarcar que hay grandes diferencias individuales con respecto a los efectos de la edad en la capacidad sexual, en ausencia de enfermedades y que, a pesar de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen, tanto los hombres como las mujeres de edad avanzada pueden continuar disfrutando de las relaciones sexuales, si se dan las condiciones necesarias .

En general, en las mujeres hay menor preocupación por la función sexual y más por la pérdida del aspecto juvenil. No así en los hombres, donde la preocupación excesiva por los cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento, pueden llevar a la aparición de ansiedad .

En la vejez, el interés o deseo sexual se mantiene mejor que la actividad sexual en los hombres mientras que en las mujeres existe un declive en ambos aspectos de la sexualidad . En cualquier caso, se ha descrito aumento, disminución o ningún cambio en la libido, tanto en hombres como mujeres en el envejecimiento .

Cambios en la Mujer

En la Europa de los siglos XVIII y XIX los médicos estimaban que al llegar a la menopausia las mujeres experimentaban un declive físico y psicológico, y en 9 de cada 10 casos se diagnosticaba la existencia de "irritabilidad nerviosa". Los estudios actuales, sin embargo, no han encontrado indicios de que en los años siguientes a la menopausia se produzca un aumento de los índices de enfermedad depresiva o de otros trastornos psiquiátricos graves. Estas investigaciones muestran que se ha exagerado sobre las implicaciones de los cambios que se producen en la mujer tras la menopausia y que, en la práctica, la menopausia puede ser un episodio más de adaptación , e incluso, para algunas mujeres éste es un período de liberación disfrutando más de sus relaciones sexuales ya que desaparece el temor a un embarazo no deseado .

Por otro lado, el envejecimiento no es por sí solo un factor que origine la disminución de interés sexual de la mujer, ni su capacidad de respuesta sexual . La mujer de edad avanzada puede mantener, generalmente, sus patrones de conducta sexual anteriores, los que presentaba en la juventud, hasta el final de la vida o hasta que aparece una enfermedad lo suficientemente deteriorante que lo impida.

No obstante, el ciclo de la respuesta sexual de la mujer postmenopáusica lleva consigo una serie de cambios fisiológicos y anatómicos a nivel del aparato genital y de todo el organismo. Estos cambios no acontecen de forma súbita ni se presentan del mismo modo en todas las mujeres .

Tras la menopausia hay una disminución severa de la producción de Estrógenos y Progestágenos causantes de los cambios que se producen en el aparato genital femenino :

- Los ovarios disminuyen progresivamente de tamaño.
- Las Trompas de Falopio se hacen filiformes.
- El útero regresa a su tamaño prepuberal.
- El endometrio y la mucosa del cuello uterino se atrofian.
- La vagina se hace más corta y menos elástica.
- La mucosa vaginal se hace más delgada y friable.
- Disminuye la capacidad de lubricación de la vagina, lo que hace que el coito pueda ser doloroso.
- Las mujeres mantienen su capacidad multiorgásmica pero más débil y con menor número de contracciones .

- Al atrofiarse los ovarios, disminuye la producción de andrógenos, que parecen estar relacionados con el interés sexual .

Es importante remarcar que, aunque tanto los cambios anatómicos como los cambios fisiológicos ocurren de forma universal, no tienen la misma relevancia en todas las mujeres, quienes presentan variaciones individuales muy importantes.

Cambios en el Hombre

La Tipología normal del deterioro de las funciones reproductivas del hombre es muy diferente de la que caracteriza a las mujeres, ya que no existe un término claro y definitivo de la fecundidad masculina. Si bien la producción de esperma disminuye a partir de los 40 años, ésta continúa hasta más allá de los 80 y 90 años. En tanto que la producción de Testosterona declina gradualmente desde los 55 ó 60 años .

Los cambios en la fisiología sexual del hombre, por tanto, no se presentan de forma súbita ni de la misma forma en todos los individuos, pero, el no ser conscientes de este proceso fisiológico, puede llevar al anciano a presentar síntomas de angustia anticipatoria sobre su desempeño sexual, empeorando éste. Dentro de los cambios fisiológicos en el hombre se encuentra:

- El enlentecimiento de la erección con la edad, es necesario más tiempo para la estimulación y para alcanzar el clímax sexual, siendo el orgasmo de menor duración.
- Disminuye el número de erecciones nocturnas involuntarias, lo cual generalmente no tiene ninguna relevancia clínica.
- El período refractario tras la erección aumenta marcadamente, llegando a ser de días.
- La eyaculación se retrasa, por este motivo se reduce también la frecuencia de eyaculación prematura, lo que se convierte en una ventaja en los hombres que presentan este trastorno .
- Se reduce el líquido preeyaculatorio.
- La eyaculación es menos intensa.

Todos estos cambios parecen estar en relación con múltiples factores hormonales, neuronales y vasculares, entre los que destaca la disminución gradual en la producción de Testosterona.

FACTORES PSICOSOCIALES

Para la mayoría de investigadores, la disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona tanto con los cambios físicos debidos al envejecimiento descritos anteriormente como con la influencia de actitudes y expectativas impuestas por el entorno social, así como con factores psicológicos propios del anciano . Muchos de los factores psicosociales que influyen en la aparición de problemas en la actividad sexual en los jóvenes también intervienen en los que presenta el anciano .

Existen numerosos problemas que impiden que el anciano mantenga una actividad sexual continuada. El primero es la propia actitud del anciano ante lo que son cambios fisiológicos normales. El progresivo alargamiento del período entre las erecciones y la mayor dificultad para conseguirlas puede producir una ansiedad creciente en el hombre, y esta ansiedad perjudicará aún más su capacidad de respuesta sexual. Lo mismo sucede con la dispareunia de introducción en las mujeres debida a la disminución de estrógenos postmenopáusicas. Las molestias que pueden sentir provoca ansiedad anticipatoria con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper .

Puesto que en nuestra sociedad aún se mide la actividad sexual según el coito, y como la frecuencia con que éste es posible en la vejez es menor, muchas parejas de ancianos van optando progresivamente por la abstinencia. Gran número de personas mayores se niegan a cambiar sus costumbres y no aceptan variar la actividad sexual. Las mujeres, además, han recibido una educación en la que se rechazaba la

necesidad sexual femenina, por lo que es infrecuente que sean ellas quienes inicien la actividad sexual. También, al imperar un arquetipo de belleza distinto del que pueden alcanzar se sienten menos atractivas y más inhibidas con respecto a las relaciones sexuales. De manera que sin impedimentos físicos se produce una disminución completa de la actividad sexual .

Si el anciano sufre alguna enfermedad crónica, aunque ésta no afecte directamente a la capacidad sexual, el miedo y la actitud negativa ante los problemas de la edad limitan más la actividad sexual de ambos miembros de la pareja.

Otra limitación importante de la sexualidad, como hemos señalado anteriormente, es la disponibilidad de una pareja y la capacidad de la pareja para mantener relaciones sexuales . En los ancianos existe un desequilibrio numérico a favor de las mujeres, que llegan a formar las dos terceras partes de la población de su edad con menor disponibilidad de hombres. La ausencia de actividad sexual se relaciona, por tanto, directamente con la no existencia de una pareja estable, tanto en los hombres como en las mujeres .

La sociedad, por su parte, no ayuda en absoluto a que las personas ancianas puedan vivir y manifestar libremente su sexualidad. En parte, el negativismo cultural en lo que atañe al sexo en la vejez es el reflejo de una actitud de rechazo del individuo por el hecho de ser mayor .

La sexualidad en el anciano no puede asociarse con la procreación, y tiende a negarse su existencia, o al menos es un tema tabú. En este sentido y como reflejo de ello, en las residencias de ancianos no se facilita y por el contrario, se limita cualquier posibilidad de actividad sexual entre los residentes.

Los límites que aparecen en las residencias de ancianos son fundamentalmente la falta de privacidad y la actitud del personal que trabaja en las residencias criticando e impidiendo cualquier manifestación sexual de los residentes, generalmente debido a la falta de conocimientos con respecto al tema .

Algunas personas de edad avanzada han internalizado el estereotipo cultural negativo de la persona anciana como un inválido desexualizado. La incapacidad de aceptar la vejez puede hacer que estas personas tengan prejuicios frente a otros ancianos y se nieguen a relacionarse con ellos, inhibiendo cualquier manifestación sexual.

Otro hecho que puede ocurrir debido a la presión social es la aparición de sentimientos de culpabilidad en el individuo de edad avanzada por sus deseos sexuales lo que inhibirá totalmente todos los aspectos de cualquier expresión sexual .

La prevalencia elevada de trastornos psicopatológicos en los ancianos como son la depresión o los trastornos de ansiedad y la existencia de estresores, por otra parte muy frecuentes en la vejez, como puedan ser la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico o la presencia de problemas de salud en la familia, contribuyen también a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en el anciano .

Una fuente frecuente de dificultades en las relaciones sexuales son los problemas con la pareja, incluyendo conflictos conyugales que suelen ser de larga evolución, donde destacan los problemas de comunicación; pero también la presencia de lo que se ha llamado el Síndrome de la Viudedad, es decir, la aparición de alteraciones en la erección en el hombre o de dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales en la mujer, tras un período de inactividad a consecuencia de la muerte del cónyuge. En esta sintomatología contribuyen hechos como la existencia de un duelo no resuelto, sentimientos de culpabilidad o el incumplimiento de expectativas .

Por lo expuesto anteriormente, comprobamos que son múltiples los factores psicosociales que pueden influir en el deterioro progresivo de la actividad sexual en la vejez y que en interrelación con los cambios fisiológicos debidos al envejecimiento y el efecto sobre la sexualidad de diferentes patologías, el anciano se ve sometido a múltiples factores de riesgo que contribuyen al deterioro de su actividad sexual.

DISFUNCION SEXUAL DE CAUSA ORGÁNICA EN EL ANCIANO

Como hemos venido señalando hasta ahora, con la edad hay una disminución progresiva de la actividad sexual en el individuo sano, causada por la intervención de los cambios fisiológicos normales debidos al envejecimiento en interrelación con los factores psicosociales descritos anteriormente.

Por otro lado, también se produce un aumento de la prevalencia de disfunciones sexuales debidas a causas médicas, psicológicas y/o como efecto secundario de la medicación administrada.

En ocasiones resulta difícil diferenciar los cambios normales relacionados con la edad de los síntomas debidos a patología.

Disfunción Eréctil

Cualquier signo de impotencia provoca en el anciano gran preocupación, con frecuencia esta alteración se asocia con el envejecimiento debido generalmente al desconocimiento. Este hecho lleva generalmente a no consultar a los especialistas. Sin embargo, en la última década se ha producido un cambio importante con respecto a la sexualidad lo que ha permitido que aumente considerablemente el número de ancianos que buscan ayuda para el tratamiento de las disfunciones eréctiles. A pesar de esto todavía para gran parte de esta población y para muchos profesionales de la salud, la sexualidad en el anciano sigue siendo un tema tabú al que se le resta importancia

En la mayoría de los casos los trastornos en la erección se deben a múltiples factores, siendo el trastorno vascular el factor más frecuente en la vejez.

Las causas de Impotencia incluyen

.- Trastornos vasculares: Son la causa más frecuente de impotencia, pueden ser entre otros por: alteraciones del sistema arterial, Síndrome de Insuficiencia Venosa, Síndrome de Raynaud, etc. con afectación sistémica o sólo localizada a nivel genital .

2.- Medicación: El proceso del envejecimiento influye en la distribución de los fármacos en el organismo, en su metabolismo y en su excreción; este hecho unido a que generalmente los ancianos están polimedcados, hace que los medicamentos sean los responsables del 25% de las disfunciones eréctiles a esta edad. Fármacos como los Antihipertensivos, Psicofármacos como algunos ansiolíticos, antidepressivos y antipsicóticos, Diuréticos, Digoxina, Estrógenos, Antiandrógenos o Anticonvulsivantes, son utilizados muy frecuentemente y pueden producir impotencia .

3.- Tóxicos: como el Alcohol y el Tabaco pueden ser causa, junto a otros factores, de disfunciones eréctiles.

4.- Trastornos Metabólicos y Endocrinos: las alteraciones endocrinas como Trastornos Tiroideos, Síndrome de Cushing, etc. son raros en los ancianos. Sin embargo las enfermedades metabólicas como la Diabetes son frecuentes en la vejez, y tanto en hombres como en mujeres puede producir como síntomas disfunciones sexuales. En el hombre es frecuente que produzca no sólo alteración en la erección, sino también disminución de la libido .

5.- Trastornos Neurológicos: Neuropatías, Accidentes Cerebrovasculares, Epilepsia Temporal, Esclerosis Múltiple. Son algunas de las enfermedades neurológicas que pueden cursar con alteraciones de la erección en el hombre.

6.- Enfermedades Sistémicas: Cualquier enfermedad que produzca debilitamiento, fiebre o dolor va a producir alteraciones inespecíficas en la función sexual. La Insuficiencia Renal, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Insuficiencia Cardíaca, Cirrosis, Cáncer, son todas ellas patologías bastantes frecuentes en el anciano y como enfermedades que afectan a todo el organismo también se van a manifestar con alteraciones sexuales, entre otras razones porque pueden dificultar la capacidad

física necesaria para realizar el acto sexual. Otras enfermedades como la Artrosis o la Artritis Reumatoidea puede afectar la actividad sexual porque provoquen dificultades en la adopción de posturas o movimientos .

Disfunción Sexual en la Mujer

Es difícil para las mujeres de edad avanzada, influido fundamentalmente por la educación recibida, que consulten por este tipo de problemas. Es necesario que los profesionales de la salud tengan presente la posible existencia de dichas alteraciones e interroguen a las pacientes al respecto porque frecuentemente son cuestiones que pasan inadvertidas y sin embargo, la sexualidad es una parte importante de la existencia humana que mejora considerablemente la calidad de vida.

La Dispareunia o coito doloroso es el síntoma más frecuente dentro de las disfunciones sexuales en la mujer. Aunque la causa más frecuente de su aparición es la disminución de la producción de Estrógenos debido a la menopausia, como ocurre en el 30% de los casos en mujeres postmenopáusicas, hay otros trastornos sistémicos que pueden ser origen de esta alteración .

La atrofia vaginal postmenopausia, con disminución de la lubricación de la mucosa, convierte a la vagina en un órgano más susceptible a las lesiones por roce y también a posibles infecciones .

Cualquier enfermedad sistémica, como ocurre en el varón, que produzca debilidad, va a alterar la actividad sexual de manera inespecífica.

Otra queja importante es la disminución o pérdida del deseo sexual, que parece asociada a una disminución de la producción de andrógenos que ocurre tras la menopausia.

La presencia de incontinencia urinaria, trastorno muy frecuente en mujeres mayores, generalmente multíparas, inhibe el deseo y la respuesta sexual. El 46% de las mujeres que presentan incontinencia urinaria reconoce que este problema altera su actividad sexual.

La Histerectomía, que resulta la intervención quirúrgica más frecuente a la que se ve sometida la mujer, puede suponer la aparición de problemas en las relaciones sexuales, debido a que puede ser vivido por la mujer como una pérdida de la feminidad que secundariamente puede llevar a un trastorno depresivo.

DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN PSÍQUICO EN EL ANCIANO

La causa más frecuente de disfunción sexual de origen psicógeno es la depresión, que debe descartarse siempre, responsable del 10% de los casos de impotencia en el anciano . Como hemos visto anteriormente, los psicofármacos que se utilizan en el tratamiento de dichos trastornos pueden también contribuir a empeorar la disfunción sexual, sobre todo los que tienen efectos anticolinérgicos, como algunos antidepresivos y la mayoría de antipsicóticos. Los Antidepresivos pueden producir, además de disfunción eréctil en el varón, disminución de la libido y anorgasmia en la mujer.

Otras patologías psíquicas que puede cursar con alteraciones en la función sexual es el Trastorno de Ansiedad en cualquiera de sus formas.

Es también frecuente en el varón la aparición de ansiedad anticipatoria respecto a su posible respuesta sexual que le lleva a presentar problemas de potencia sexual de carácter psicógeno, como se había comentado anteriormente .

En ocasiones, no es el propio trastorno el que provoca la disfunción sexual; por ejemplo en personas con Cardiopatía Isquémica, se puede producir una disminución o anulación de la actividad sexual por miedo a la aparición de síntomas como la angina o disnea debido al esfuerzo, sin que existan razones orgánicas para dichas limitaciones .

La impotencia tras la resección transuretral de la próstata por adenoma prostático, que ocurre en el 4-12 % de hombres sometidos a esta intervención, suele ser de causa psicógena en la mayoría de los casos .

Ciertos Trastornos Psíquicos como cuadros depresivos o trastornos de ansiedad pueden jugar un papel importante también en el vaginismo .

HOMOSEXUALIDAD Y VEJEZ

Merece la pena realizar una breve mención respecto a la homosexualidad en el anciano dado que se trata de una orientación sexual que por sí misma es fuente de presión desde la sociedad para el individuo y que en esta población incrementa sus dificultades de expresión. Si la sexualidad de los ancianos heterosexuales no es aceptada por la sociedad, peor situación es la que se presenta para los ancianos homosexuales.

Los escasos estudios realizados en esta población muestran que el proceso de envejecimiento produce los mismos cambios que en el anciano heterosexual. Sus relaciones y problemas físicos no difieren mucho de los que se encuentran en los heterosexuales de edad avanzada .

Las relaciones de larga duración son frecuentes, aunque muchos de los homosexuales ancianos de esta generación no han revelado públicamente su preferencia sexual .

Sin embargo, los estudios muestran que se atenúa el temor a ser descubiertos. Una posible explicación es que este miedo está ligado a la pérdida de la seguridad en el empleo y desarrollo de la carrera profesional, temores que desaparecen con la jubilación.

En general, con el envejecimiento tienen más problemas los ancianos homosexuales que las parejas heterosexuales, se añade al rechazo social, la falta de protección sociofamiliar y la carencia de amparo jurídico cuando se produce la muerte de un miembro de la pareja, sin derecho a pensión de viudedad y sin ningún reconocimiento para el miembro de la pareja que queda solo.

La realidad psicológica y social de las mujeres lesbianas es aún menos conocida, con muy pocos estudios realizados, pero con una situación que no se diferencia mucho de la de los varones ancianos homosexuales .

CONCLUSIONES

La creencia de que la edad y el declinar de la actividad sexual están inexorablemente unidos ha hecho que no se prestara atención suficiente a una de las actividades que procura mayor calidad de vida en los ancianos, como es la sexualidad. Sin embargo, los estudios médicos demuestran que la mayoría de las personas de edad avanzada son capaces de tener relaciones y de sentir placer en toda la gama de las actividades de este tipo a las que se entregan las personas más jóvenes.

Una revisión de la literatura sugiere que hay una disminución gradual en la frecuencia de las conductas sexuales, con disminución del interés sexual y un aumento de la frecuencia de disfunciones sexuales asociado con la edad.

En los ancianos la función sexual se ve afectada en primer lugar por los cambios fisiológicos y anatómicos que el envejecimiento produce en el organismo sano.

Un error frecuentemente aceptado es la confusión entre envejecimiento y enfermedad.

Las características psicológicas, sociales y culturales en las que tenga lugar la relación influyen de manera decisiva en la función sexual.

En la vejez, el interés o deseo sexual se mantiene mejor que la actividad sexual en los hombres, mientras que en las mujeres existe un declive en ambos aspectos de la sexualidad.

Existen importantes variaciones individuales en la sexualidad durante la vejez, lo que indica que los cambios de la actividad sexual en el anciano son fruto de la intervención de múltiples factores.

El aumento de disfunciones sexuales en el anciano también se ha visto recogido en los diferentes estudios existentes sobre el tema. La disfunción sexual puede ser debida a causas médicas, psicológicas

y/o como efecto secundario de la medicación administrada, donde los factores psicológicos juegan un papel muy importante.

En la última década se ha producido un cambio importante con respecto a la sexualidad lo que ha permitido que aumente considerablemente el número de ancianos que buscan ayuda para el tratamiento de las disfunciones eréctiles. A pesar de esto todavía para gran parte de esta población y para muchos profesionales de la salud, la sexualidad en el anciano sigue siendo un tema tabú al que se le resta importancia.

Es necesario que los profesionales de la salud tengan presente la posible existencia de dichas alteraciones e interroguen a los pacientes al respecto porque frecuentemente son cuestiones que pasan inadvertidas y sin embargo, la sexualidad es una parte importante de la existencia humana, en cualquier etapa de la vida.

La bioética y los problemas del adulto mayor

Dr. Clemente Couso Seoane,¹ Dra. Maribel Zamora Anglada,² Lic. Ileana Purón Iglesias³ y Dra. Inés Aurora del Pino Boytel.⁴

Resumen

Se realizó una revisión bibliográfica de los materiales disponibles sobre algunos aspectos generales de la bioética; se exponen además criterios de los autores acerca de su aplicación en el anciano. Se señala la carencia de trabajos sobre la aplicación de dichos principios en estos pacientes con particularidades que pueden ser origen de conflictos para el personal que los atiende; se analizan algunos de ellos. Se destaca la trascendencia de los preceptos discutidos en relación con el paciente de edad avanzada.

Descriptores: BIOÉTICA; ANCIANO

Introducción

Desde la aparición del término bioética en la década de los setenta, se ha puesto énfasis en la calidad de vida de pacientes que, gracias al desarrollo de la ciencia, en años anteriores no tendrían otra posibilidad que la muerte y ahora son objeto de muchos debates. Estos progresos a su vez, condicionan la aparición de circunstancias que obligan al hombre a plantearse nuevas interrogantes en el orden ético de la justicia sanitaria y del derecho a la salud en la que cada individuo posee carácter autónomo.¹

Una mirada dirigida hacia las publicaciones actuales sobre el tema que se ha señalado, permite evidenciar la escasez de material destinado a tratar las particularidades, que en el terreno de la bioética

debe enfrentar el profesional de la salud que se ocupa de la atención a la creciente proporción de la población que sobrepasa la sexta década de la vida.

El presente trabajo tiene como propósito plantear algunos de los problemas que desde el punto de vista bioético enfrenta el profesional que debe brindar atención de salud a los ancianos, teniendo en cuenta los criterios actuales.

Desarrollo

En el campo de la ética se nos ha legado dos tradiciones significativas: una de ellas proviene de Kant, que enfatiza los deberes de las personas entre sí, y la otra ha puesto el acento en las cualidades del agente moral y suele encontrarse aludido en el concepto virtud. El carácter virtuoso es el resultado de un hábito virtuoso; de ahí la doble connotación de la propia voz ética, que se refiere tanto al hábito y la costumbre como al aspecto moral, siendo este resultado de un sabio cultivo de la naturaleza humana a través del conocimiento y del ejercicio.²

Es la bioética una forma de la ética aplicada a la salud, especialidad de la ética clásica concebida como "ciencia de la moral". A través de este enfoque hoy se emprende la búsqueda de una "globalización" que incluye aspectos económicos, políticos y tecnológicos, los cuales se suman a los conceptos morales en un todo armónico.³

En el campo de la moralidad resulta para muchos controvertido el hecho de la determinación objetiva de ella; pero, teniendo en cuenta que la moralidad es aquella cualidad de los fenómenos sociales que se expresa en la connotación que tiene para el hombre la relación con sus semejantes; entonces, la determinación subjetiva cae por su propia base al considerar que la moral es un fenómeno espiritual influido además por la vida del individuo, su fortaleza y acondicionamiento social.⁴

El envejecimiento como fenómeno biológico y psicosocial e histórico tiene sin duda aspectos específicos en cuanto a los problemas morales que plantea, en tanto la actividad del individuo senescente expresa una búsqueda de su autoafirmación que puede o no corresponderse con lo que el grupo social al que pertenece espera de él, y que a su vez no siempre está bien definido, debido a que las normas morales que, como conjunto, están vigentes para una generación a menudo no se corresponde exactamente a las que prescribe en la siguiente.

En la discusión sobre la vejez encuentran lugar tanto el hábito y la costumbre como el carácter moral debido a ello.

Como puntos de análisis para los problemas morales del anciano pudieran considerarse los siguientes:

La relación anciano-anciano

La relación anciano-grupo social

La relación anciano-familia

La relación anciano-trabajadores de la salud.

El anciano ante la institucionalización

El anciano y su relación con la alta tecnología

El anciano en fase terminal y la "muerte digna."

En la relación anciano-anciano se generan conflictos que parten de la rigidez de criterios propia de este período de la existencia, ya sea que la posición del individuo en cuestión esté a favor o en contra de las costumbres vigentes. Un ejemplo de este tipo de análisis lo encontramos en el trabajo que recientemente introduce el concepto de "conducta moral de salud", donde se explora la relación de ancianos entre sí y de éstos con sus familias, que demostró un deterioro de la moralidad evidenciado en la débil sustentación de normas y conductas por parte del anciano y de sus familiares, lo que hace que cualidades como dignidad, respeto, autoestima, autocontrol y normatividad, estén débilmente representadas, siendo, como es obvio, imprescindibles en la lucha por la salud personal.

En la relación anciano-familia, aparecen elementos que se introducen a partir de las diferencias intergeneracionales en las que se entremezclan elementos afectivos que, positivos o negativos, matizan la relación en cada caso y van desde la sobreprotección hasta el maltrato y la franca violencia que dan lugar a violaciones de la ética que puede tener influencia determinante en la salud del anciano.⁵

La relación anciano-grupo social ha variado a través de la historia, desde la reverencia propia de las culturas más antiguas en las que la tradición oral confería al anciano un papel de elemento indispensable para la conservación de la identidad del grupo humano, hasta la concepción del individuo mayor como consumidor no productivo, al que es necesario eliminar, característico de algunos grupos de esquimales.

En los comienzos de la presente década se introdujo el término "Envejecimiento sociogénico" para expresar la presión ejercida por el grupo social sobre el anciano; hoy, cuando se rinde culto a la velocidad, la técnica, la eficiencia y la juventud, se olvida con frecuencia el valor de la experiencia y la sabiduría de lo vivido presente en los ancianos, que se niegan a reajustar su existencia a normas que no concuerdan con su ritmo biopsicosocial instituido en otras circunstancias socioculturales. Se establecen así conflictos en cuanto al papel social del anciano en el mundo actual.⁶

Al analizar la relación del anciano con los trabajadores de la salud, considerando al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás, surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.⁷

Rara vez se hallan soluciones simples que dependen solamente de un conocimiento técnico y de mayor o menor grado de información, especialmente cuando las dificultades surgen en personas con múltiples enfermedades crónicas y discapacidades en un entorno sociofamiliar que no puede garantizar las demandas de tal individuo, si se aspira a encontrar las soluciones alternativas que permitan preservar y promover el bienestar del paciente teniendo en cuenta las perspectivas, criterios y aspiraciones de éste, sin olvidar que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia. Para lograr dicho bienestar se impone un flujo bidireccional de información, además del conocimiento de la realidad integral del paciente, lo que unido a una adecuada preparación profesional permitirá alcanzar una decisión informada correcta.⁸

Resulta inevitable la eventual aparición de desacuerdos, que son solubles a través de una mejor información mutua; si existe incompetencia por parte del paciente, es necesaria la designación de un tutor

con toda la complejidad que esto puede entrañar. También es posible que se produzcan desacuerdos entre el personal de la salud y pacientes competentes que pueden decidir la terminación de la relación médico-paciente. Esta decisión por parte del médico impone la necesidad de notificar debidamente a los interesados, a la vez que se indica al paciente que puede consultar a otro médico, o dar un margen de tiempo para que él mismo elija otro.

La aplicación de los principios de la bioética, disciplina que se ha considerado como "conflictiva", y que se desarrolla bajo la premisa de la autonomía del paciente, mientras no se demuestre lo contrario, se hace particularmente interesante si se toma en cuenta que la relación de salud con un anciano debe ser llevada adelante por el profesional de la salud. En tales casos se tiene en cuenta no sólo la intervención propia y la del paciente, sino que además invariablemente intervendrán otros elementos como la familia, más o menos bien informada y con la mejor intención, los órganos de la seguridad social, de justicia, y el sistema de salud sin considerar la eventual participación de las redes de apoyo formal e informal, por lo que pueden producirse discrepancias entre las partes interesadas en el manejo del problema, ya sea enfermedad, discapacidad, el cambio de status y roles del anciano posjubilación, o aun por problemas del espacio doméstico y social del anciano que asiste a solicitar atención de salud.

El médico movido por los principios de beneficencia-no maleficencia, y casi siempre desde una posición paternalista o contractual, rara vez -aunque se lo proponga- conseguirá alcanzar una relación dialógica.

El anciano enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil modificación.

La familia y el grupo social cuyo criterio se rige por el principio de justicia y con motivaciones que pueden ser la más pura búsqueda de lo mejor para solucionar el problema de salud del anciano, hasta el deseo expreso de dar por terminado un "enojoso problema" y pasando por la más absoluta indiferencia, a menudo entorpecen la buena marcha de la relación entre el médico y el anciano. Se pretende violar la confidencialidad al cuestionar la competencia o incompetencia del anciano, ejerciendo así presión sobre las decisiones del médico.⁹

La influencia de la realidad socioeconómica en la calidad de vida del anciano, estudiada recientemente en nuestro medio por Del Pino, Samón y Delisle, revelan elementos de interés que demuestran la necesidad de una intervención multisectorial en estos problemas, que pueden llegar a constituir barreras si no se toman las medidas necesarias para su solución. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios recibidos; cuestiones que plantean al médico nuevas interrogantes al dar origen a depresiones reactivas de difícil manejo.^{10 - 12}

Ante el anciano que muere y que recibe atención médica se abre el capítulo del paciente terminal y la muerte digna, tema que ha sido ampliamente tratado en la literatura actual. A estos problemas se añade el conflicto al decidir entre la atención domiciliaria ofrecida por su familia si la posee, o por manos extrañas en el caso del anciano sin amparo filial, contra la realidad de la atención hospitalaria que garantiza elevada calidad técnica, pero introduce el riesgo de confusión aguda por inmovilidad y estrés, al reducir a la mínima expresión el intercambio afectivo en el anciano en un medio que le es totalmente ajeno.¹³

Estas consideraciones llevan a buscar en la bioética (como disciplina necesaria para regular las acciones de intervención que puede realizar el trabajador de la salud sobre el anciano, garantizando a través de su aplicación la primacía de lo bueno), una herramienta imprescindible para ofrecer su atención al hombre de hoy y de las generaciones futuras en las que la proporción de ancianos debe ocupar un espacio abrumador y en las cuales sus demandas y conflictos pueden ejercer profunda influencia en el equilibrio socioeconómico del grupo humano al que pertenezca, por lo que se impone el estudio de sus necesidades y posibilidades, no sólo como sector de elevado consumo sino como posible gestor de las soluciones para sus propios problemas.

Abstract

A bibliographic review on the available materials about the general aspects of bioethics was conducted and different authors criteria on their application in elderly people are shown. The lack of researchs on the implementation of such principles in these patients who have particularities that can be responsible for the conflicts involving health workers assisting them is pointed out. Some of these conflicts are analyzed in this paper. The transcendence of the precepts discussed in relation to the elderly patient is highlighted.

Subject headings: BIOETHICS; ELDERLY PERSON.

Referencias

1. Kottow MH. Introducción a la bioética. Santiago de Cuba: Editorial Universitaria, 1995:51-76.
2. Bioética y vejez. El proceso de desvalimiento como constructo biográfico. En Bioética 2. Santiago de Chile, 1996.
3. Schramm FR. Nuevas tendencias en Bioética en: OPS-OMS: Cuadernos del programa regional de Bioética OPS-OMS, No. 4, julio 1997:13-23.
4. López Bombino L. Estudios éticos. Selección de Lectura I. Facultad de Filosofía e Historia Universidad de La Habana, 1987:13-36.
5. Purón Iglesias I. La conducta moral de salud del senescente. Santiago de Cuba: ISCM, 1997.
6. Devesa Colina E, Rodríguez Fernández MM, Hernández Moneja G, Dedeu Martínez A. El envejecimiento como problema. Rev Cubana Salud Publica 1993;19(2):93-9.
7. Piwonka de AMA, Bustos DI, Gaete QE, Urrutia BM. Saber bien para hacer bien. En:OPS-OMS. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5 y 6):426-30.
8. Lara M del C, de la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. En: OPS-OMS. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5 y 6):439-44.
9. Kottow MH. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995:137-48.
10. Pino Boytel IA del. Evaluación integral de la población anciana del Consejo Popular "Los Maceo". Santiago de Cuba: ISCM-SC, 1996.
11. Samón Rodríguez E. Accidentes en el Hogar, su repercusión en la calidad de vida de los ancianos. Consejo Popular "Los Maceo" .Santiago de Cuba: ISCM-SC, 1997.
12. Delisle Griñán A. Calidad de vida del adulto mayor en el Hogar de Ancianos Dr. Mario Muñoz. Santiago de Cuba: ISCM-SC, 1997.
13. Marín LPP. Ética. En: Anzola Pérez E, et al. La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS-OMS. Washington, DC., 1994:389-95 (Publicación científica nr 546).

Dr. Clemente Couso Seoane. Calle 4 # 158 altos, Reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba.

¹ *Especialista de II Grado en Geriatría.*

² *Especialista de I Grado en Geriatría.*

³ *Licenciada en Filosofía. Master en Atención Primaria de Salud. Profesora Instructora.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Atención Primaria de Salud.*