



Sexualidad y Alzheimer

Carlos Aguilera Collado
Médico de Familia. RASC



Concepto de sexualidad

La sexualidad es uno de los principales parámetros de calidad de vida

Es un instinto básico; una energía que se manifiesta en las expresiones psicológicas, las emociones, la identificación social y los papeles en la vida de la persona



la tercera necesidad de los
hombres (después de las
necesidades de alimentación y
seguridad) es la de sentirse
amados



Es una forma de comunicación no verbal. Nuestra conducta sexual está modelada por el concepto de "normal" de la sociedad

El comportamiento del anciano está condicionado por las actitudes de otros grupos de edad



Incorpora creencias familiares,
sociales y religiosas. Se modifica
con el envejecimiento, el estado de
salud y las experiencias personales



- Proceso complejo coordinado por sistemas neurológicos, vascular y endocrino. El deseo y la excitación sexual se relacionan con el sistema límbico e hipotálamo. La dopamina inhibe y la serotonina estimula el deseo sexual



Para comprender a los ancianos...

Ellos son como nosotros mismos dentro de unos pocos años

Quieren lo mismo que nosotros deseamos: dignidad, intimidad, cuidado atento sin paternalismos ni injerencias

Hay que ser capaz de manejar conflictos sexuales con dignidad, aunque nos moleste hablar de ello

Se debe mirar a la sexualidad con naturalidad



La expresión sexual incluye un espectro de actividades que abarcan desde el simple placer de la compañía del ser amado, hasta el orgasmo



AFECTIVIDAD

SEXUALIDAD

Clasificación de trastornos sexuales (DSM-IV)



- Deseo sexual
 - Deseo sexual hipoactivo
 - Trastorno por aversión al sexo
- Excitación
 - Trastorno de la erección en el varón
 - Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- Orgasmo
 - Trastorno orgásmico femenino
 - Trastorno orgásmico masculino
 - Eyacuación precoz
- Por dolor
 - Dispareunia
 - Vaginismo
- Debido a una enfermedad médica
- Inducido por sustancias

Factores con influencia sobre la actividad sexual en los ancianos



- Existencia de una pareja
- Conducta sexual anterior (20-40 años)
- Placer en las relaciones pasadas
- Independencia funcional
- Estado de salud propio y de la pareja
- Actitudes hacia las actividades sexuales alternativas
- No interrupción de la actividad sexual tras los 50-60 años
- Reacciones a los cambios fisiológicos
- Ansiedad al comienzo de la actividad sexual
- Reacción a las actitudes de la sociedad
- Ubicación del anciano
- Nivel sociocultural

Causas más importantes de disfunción sexual en ancianos



- ✓ Cambios fisiológicos y alteraciones en la respuesta sexual asociados al envejecimiento
- ✓ Mitos y actitud de la sociedad
- ✓ Educación de los ancianos
- ✓ Convivencia y ubicación
- ✓ Capacidad funcional
- ✓ Enfermedades médicas
- ✓ Efectos secundarios de fármacos y hábitos tóxicos
- ✓ secuelas de intervenciones quirúrgicas
- ✓ Trastornos psiquiátricos: DEMENCIA

Mitos y actitud de la sociedad



"En el anciano no existe el deseo sexual..."

"la actividad sexual puede ser peligrosa en el anciano"

"la erección del pene es necesaria para la actividad sexual..."

"el coito es la única forma de sexo real..."

"el hombre siempre está preparado para el sexo"

"el hombre debe de llevar la batuta en toda actividad sexual"

"la impotencia es una consecuencia natural del envejecimiento"

Mitos y actitud de la sociedad (II)



Toma de decisiones en nombre del anciano

Reproches al sorprenderle en actividades sexuales

CONFUSION Y VERGUENZA

Prototipo de belleza femenina adolescente:
psicológicamente la mujer anciana se define **asexual**
aunque más del 90% de mujeres de más de 80 años
refieren que les gusta el sexo



Educación del anciano

Dificultad para hablar sobre sexualidad (impide la resolución de problemas sexuales).

Generación de la intolerancia a la masturbación y a las prácticas homo y bisexuales



Convivencia y ubicación

- A mayor independencia, mayor capacidad para vivir su sexualidad
- Importancia de la masturbación ante situaciones de enfermedad física o institucionalización: proporciona un sentido de control psicológico sobre el propio cuerpo

Convivencia y ubicación (II): ancianos institucionalizados



- Aspectos clave: existencia de pareja y mantenimiento de la intimidad
 - Residencias de válidos
 - Residencias Asistidas
 - Actitud del profesional de residencias



Residencias de válidos

- ✓ Pérdida de la privacidad
- ✓ Relación de pareja: compartir actividades recreativas, comer juntos
- ✓ Rel. Físicas: poco frecuentes y en ocasiones motivo de expulsión

Necesidades: actitud más positiva y de mayor respeto por parte del profesional sanitario



Residencias asistidas

- ✓ Proporción significativa de residentes sexualmente activos (masturbación)
- ✓ Sexualidad ampliada: predominio de componente afectivo sobre actividad física



Actitud del profesional

- ✓ Relación directa entre conocimientos sobre la sexualidad en los profesionales y las actitudes más permisivas respecto al sexo



Actitud del profesional (II)

- ✓ Abrir una puerta de comunicación sobre cualquier tema (aprovechar momentos de aseo)
- ✓ Informar de manera rutinaria sobre sus derechos a la intimidad y relaciones afectivas libres
- ✓ Estimular el arreglo personal y la comunicación con otras personas
- ✓ No asumir que la persona es heterosexual



Actitud del profesional (III)

- ✓ Incrementar las oportunidades de socialización entre los residentes
- ✓ Olvidar los paternalismos
- ✓ Responder ante insinuaciones sexuales de manera profesional, terapéutica y no humillante
- ✓ No sedar a los pacientes con conductas sexuales desinhibidas



Capacidad funcional

La dependencia para las ABVD
no altera el deseo pero si su
expresión física



Demencia y sexualidad

- Existen dificultades en la secuencia de pasos a realizar durante la actividad sexual
- Es frecuente la disfunción eréctil (en parte atribuida a la disminución de la capacidad para mantener la atención)



Demencia y sexualidad (II)

- Existe un espectro de conductas: desde disminución o aumento de la actividad, conductas desinhibidas
- La indiferencia hacia las actividades sexuales es lo más habitual (70-80%) siendo ésta importante para la pareja en alrededor de un 15% de los casos. Sobre todo relacionado con el debilitamiento afectivo



Demencia y sexualidad (III)

Deterioro cognitivo grave

- Redirigir las conductas desinhibidas públicas (caricias íntimas, exhibición de genitales, masturbación) hacia lugares privados sin adoptar actitudes punitivas
- Se mantiene la capacidad para SENTIR PLACER y por ello, precisan el contacto físico

Demencia y sexualidad (IV)

Cuidador principal



Situación comprometida, sobre todo si es su pareja.

"SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD"

- No demanda de asesoramiento (pudor)
- Si no deseo de actividad sexual, pueden acceder por complacencia y generando rechazo a toda actividad sexual
- Si deseo sexual presente: sentimientos de violación por preocupación ante la falta de capacidad para negarse la pareja con el deterioro

Demencia y sexualidad (V)

Profesional sanitario



- Su intervención es fundamental
- Escucha
- Detección de problemas
- Hacer comprender que dichas reacciones emocionales son normales y habilidades para que el cuidador las encauce sin que aparezca sufrimiento psicológico

Triángulo de Erickson (por qué se mantiene la pareja)

