



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

**“Proyecto educativo: sexualidad y afectividad en
mayores”**

Alumno: Ana Rocío García Saravia

Director: María Urtasun Lanza

Madrid, abril de 2019

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
PRESENTACIÓN	6
Agradecimientos.....	7
ESTADO DE LA CUESTIÓN	9
Fundamentación	9
Antecedentes.....	10
Conceptos clave	14
Problemas relacionados	16
Educación para la Salud	18
Justificación.....	21
POBLACIÓN Y CAPTACIÓN.....	23
Población diana.....	23
Captación.....	24
OBJETIVOS	26
Objetivos generales.....	26
Objetivos específicos	26
De conocimientos (saber)	26
De habilidades (saber hacer).....	27
De actitudes (saber ser).....	27
METODOLOGÍA.....	28
CONTENIDOS.....	29
SESIONES, TÉCNICAS DE TRABAJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES.....	30
EVALUACIÓN.....	34
Evaluación de la estructura y el proceso	34
Evaluación de los resultados.....	35

BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	41
Anexo 1: Cartel informativo del taller (captación).....	42
Anexo 2: Cuestionario de conocimientos (pre y post-test)	43
Anexo 3: Cuestionario de satisfacción	45

RESUMEN

La sexualidad, conforma uno de los catorce patrones o necesidades básicas del ser humano estudiados por la NANDA, cuya satisfacción interfiere directamente con el bienestar completo del individuo a lo largo de la vida. La vejez, a su vez, es una etapa más de dicho período de tiempo por lo que, la sexualidad, sigue siendo un requerimiento innato de la persona. Sin embargo, termina por olvidarse a ciertas edades, quedando este patrón absolutamente descuidado y de igual manera, la atención integral que todo el mundo necesita.

Para tratar este ámbito con el fin de recuperar la asistencia total del paciente promocionando así su salud, no sólo en todos los momentos de la vida del individuo, sino en todas las esferas que la construyen, incluyendo la sexual, sería conveniente utilizar la estrategia que nos ofrece la educación para la salud grupal. Mediante la misma y el desarrollo de un proyecto educativo comunitario sobre la afectividad y la sexualidad destinado a personas mayores, podría alcanzarse dicho objetivo.

Este proyecto, por lo tanto, pretende ser el ejemplo de una guía para tratar el comportamiento sexual de los mayores de sesenta años de manera global, siendo nosotros, los enfermeros, los encargados de promover un aprendizaje adaptado a los intereses, capacidades, temores y dificultades de los receptores de la misma, fomentando un núcleo de confianza donde se encuentren cómodos y seguros para hablar de un tema considerado tabú en términos generales.

Palabras clave (DeSC): envejecido, educación sexual, comportamiento sexual, dispareunia, disfunción eréctil.

ABSTRACT

Sexuality conforms one of the fourteen patterns of the basic human needs studied by NANDA. Human satisfaction interferes directly with the complete wellbeing of an individual during its life. The old age stage is also in fact, another part in this period of time. For that reason, sexuality is still an innate request in the human being that ends up being forgotten at a certain age. Therefore, this stage is absolutely neglected and also, the comprehensive care of anyone in need.

When dealing with this field so as to regain total patient assistance, thus promoting his health not only during his lifetime but also in all area, including the sexual. It would be convenient to use the strategy which education offers us to achieve group health.

This project, therefore, aims to be the example of a guide in order to treat the sexual behavior of people in their sixties all over the world. We, the nurses, are the ones in charge of promoting an education related to health that must be adapted to the interests, capabilities, fears and difficulties of this age group. This guide encourages the trust and the security in order to speak about a topic that normally is a taboo.

Keywords (MeSH): aged, sex education, sexual behavior, dyspareunia, erectile dysfunction.

PRESENTACIÓN

Es muy común encontrarse con prejuicios sobre la actividad sexual en personas mayores de sesenta años. De hecho, por norma general, el mundo da por hecho que, a ciertas edades, dicha actividad desaparece. Que, a ciertas edades, la necesidad biológica de un ser sexuado como lo es el ser humano, deja de existir.

Me consta que, el desconcierto y el desasosiego que siente esta sector de población relacionado con el tema en cuestión se encuentra presente. Al fin y al cabo, ven como de alguna manera, la sociedad les acaba excluyendo de algo totalmente natural y sano y que ellos, por su parte, se acaban escondiendo y cediendo a la nula importancia que le dan los demás a algo tan sumamente personal. No tienen un sitio específico al que acudir si tienen dudas. Nadie les pregunta por ese aspecto de su vida. Nadie da por hecho que necesitan apoyo para que otras patologías añadidas no afecten a la intimidad con su pareja. Nadie se pone a pensar si requieren información concreta sobre su situación, límites o condiciones. Simplemente, nadie se sienta a dedicarles tiempo y/o soluciones para afrontar algún tipo de problemática asociada a efectos hormonales (como en la aparición de la dispareunia en la mujer) o físicos (como en la aparición de la disfunción eréctil en el hombre). Se encuentran totalmente perdidos sobre con quién reunirse, qué hacer, qué utilizar o si es posible la rehabilitación de una capacidad hasta ahora intacta y digámoslo claro, muy relevante en sus vidas, que sin previo aviso, se ha podido ver afectada por el paso del tiempo.

Quizás estamos ante un tema muy controvertido, quizás se trate de una cuestión de prioridades o simplemente de una creencia estereotipada y falsa que hemos ido perpetuando. Pero la sexualidad forma parte de lo que somos. Sabemos que es una necesidad innata en la persona que no debe descuidarse, al igual que la alimentación o el descanso y, por lo tanto, no se debe dar por hecho que deja de tener importancia por el simple hecho de envejecer.

Asimismo, no debemos olvidar que, dentro de la sexualidad, entra en juego la afectividad, que es desde mi experiencia, la parte de esta necesidad que más se extraña y por desgracia, la que menos se tiene en cuenta. El sexo no es sólo el coito, no es sólo la penetración en sí misma, el sexo es un acto íntimo entre dos personas que incluye caricias, besos, abrazos, etc. Y el tener dificultades para llevar a cabo el acto físico en sí del que hablamos, a veces implica perder esa parte afectiva que es, en definitiva, lo que más se echa de menos. Por lo tanto, desde mi punto de vista, no

sólo debería tratarse el tema desde una perspectiva biológica, sino también desde una perspectiva emocional. Así pues, debemos ser capaces desde el trabajo que puede llegar a realizar la enfermería, de crear un núcleo de seguridad, comodidad y confianza, donde además, existan los conocimientos y la libertad necesaria para servir como guía a este nuestro colectivo. De esta manera, crearemos un lugar al que puedan acudir donde sentirse bien, sin presiones y sin vergüenzas, acompañados y aliviados, con otras personas con las que compartan dudas, experiencias, intereses y temores, para romper de una vez por todas con el tabú en el que se ha convertido el tema que nos compete. Considero pues, especialmente necesario para alcanzar este, mi objetivo principal, una apertura de mente para entender los conceptos claves que rigen esta argumentación. Así, conseguiremos alejarnos, de los estereotipos que como decía en líneas anteriores, hemos ido perpetuando a lo largo del tiempo y contra los que, tenemos que aprender a luchar para disgregar y proporcionar la tan ansiada asistencia integral de calidad que, como profesionales de la salud, nos comprometemos a ofertar.

Agradecimientos

Me gustaría dedicarle unas líneas a aquellos a los que considero no sólo imprescindibles, sino incondicionales para alcanzar la que hasta hoy, ha sido y es la meta personal y profesional más importante de mi vida.

Gracias a mis padres, por hacerme creer en que lo extraordinario sigue siendo posible. Por llegar siempre más allá de lo que yo esté dispuesta a conseguir, siendo apoyo, siendo guía, siendo consejo, siendo ejemplo, convirtiendo mis sueños en los suyos. Por priorizarme siempre, a mí y a mis necesidades, aunque a veces no me lo merezca. Por mostrarme el valor del esfuerzo, de las ganas y de la ilusión. Por alejarme del conformismo y educarme en un núcleo de lucha y constancia. Por soltarme la mano para caminar sola sin jamás perderme de vista. Por ser los embajadores de mi felicidad permitiendo que llegue a ser la persona que creen que puedo llegar a ser (o quizás un poco mejor si acabo por parecerme a ellos).

Gracias a mi pareja, por hacerme creer en el destino. Por ser aliento e incluso oxígeno en momentos de flaqueza. Por acompañarme en el camino y comprenderme mejor que yo misma cuando más lo requería. Por creer en mí, por confiar y por el orgullo que puedo ver en sus ojos. Por aguantarme todos los días, sobre todo en aquellos en los

que no me soporto ni yo y me vuelvo negativa e incapaz, dándome siempre la esperanza necesaria para volver a serlo. Por ser paz, por ser suerte, por ser amigo. Por ser el mayor regalo de esta etapa que termina y por crecer conmigo y junto a mí.

Gracias a mi familia, especialmente a mi abuela, protagonista indirecta de todos mis logros, especialmente de este. Porque es el altruismo en persona y tiene la capacidad de crear en mí admiración y ternura al mismo tiempo. Porque una de las mejores cosas a las que aspiro desde que tengo uso de razón es ser como ella cuando envejezca y por enseñarme la importancia de cuidarnos y querernos, siempre. Sobre todo a nuestros mayores, a los que tanto debemos y tan poco se lo recordamos.

Gracias a mis amigos, a los pocos, a los de verdad, a aquellos que viven conmigo la emoción de cada éxito y la desesperación de cada agobio. A los que jamás me dejan caer en la derrota y siempre están dispuestos a escuchar y a batallar a mi lado. Y, ¿por qué no? A los expertos en utilizar el humor y la ironía para devolverme la confianza cuando parece que soy la única que dejo de pensar que puedo con esto y con todo. Gracias a cada uno de ellos, a los que preguntan y se interesan, a los que se alegran y se toman como propios mis triunfos.

Gracias a María, María Urtasun, mi tutora. Por su positividad, por dejarnos ser libres y creativos. Por tener siempre una palabra bonita dispuesta a hacerlo todo más fácil. Por sus refuerzos positivos constantes. Por su respeto y su cercanía. Por ser una de las piezas fundamentales de este último trabajo de fondo y por celebrar nuestras victorias.

A todos los nombrados aquí y a alguno más que se me escapa: GRACIAS por hacerlo posible. De corazón.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Fundamentación

El presente documento, recogerá información sobre la afectividad y la sexualidad en la senectud. Su finalidad es la implantación de un proyecto educativo para la trata de dicha temática desde el ámbito de la enfermería y de la educación para la salud grupal.

En primer lugar, se hablará de los mitos, tabúes y prejuicios relacionados con la vida sexual de los mayores de sesenta años, incluso en el ámbito sanitario. En concordancia con lo dispuesto, se establece la necesidad de normalizar las necesidades sexuales del adulto mayor para facilitar una promoción de la salud adecuada e integral el paciente en cualquier etapa evolutiva, incluida la vejez. Esto es así porque, la mayoría de las investigaciones que se consultan, asocian una actividad sexual satisfactoria con un aumento en el bienestar del individuo así como de su calidad de vida.

Posteriormente, se incorporan aquellos conceptos necesarios sobre los cuales se deben asentar las bases del proyecto educativo que se va a desarrollar (salud sexual, salud sexual geriátrica, sexualidad humana, afectividad, gerontología, y envejecimiento). También se incluirán datos sobre los problemas asociados a la edad del individuo que pueden afectar a la esfera sobre la que queremos intervenir.

Por último, hablaremos de la metodología seleccionada para impartir el proyecto que se establece en los apartados siguientes (Educación para la Salud) así como sus pilares, requisitos, efectos, beneficios, etc.

Para realizar la búsqueda bibliográfica que ha dado lugar a estas líneas se utilizaron principalmente los siguientes buscadores: PubMed, Dialnet, SciELO y Google Académico. Dicha búsqueda se llevó a cabo mediante los términos DeSC y MeSH establecidos con anterioridad (DeSC: envejecido, educación sexual, comportamiento sexual, dispareunia, disfunción eréctil; MeSH: aged, sex education, sexual behavior, dyspareunia, erectile dysfunction).

Antecedentes

Existen muchos mitos y tabúes sobre la sexualidad en adultos mayores. Múltiples autores han dedicado su tiempo a desmontar este tipo de creencias erróneas acerca de lo que se ha considerado desde hace muchos años, un estereotipo general y perpetuado de la actividad sexual del individuo anciano. Según Leyva (2008), por norma general, los seres humanos, incluidos los profesionales sanitarios, consideran que las relaciones sexuales en la senectud es anormal, tachándola algunos hasta de desagradable. De esta manera se acaba asumiendo que el sexo entre personas mayores está fuera de lugar, puesto que lo fácil es considerar la *asexualidad* de este sector poblacional. Este mismo autor establece además que, la propia sociedad es la que determina que en la vejez no hay lugar para la vida sexual puesto que ésta deja de tener la reproducción como fin en sí misma (Leyva, 2008). Por su parte, Fajardo Ramos (2017), manifiesta que, de forma equívoca, es por lo tanto, dicha sociedad, la que limita y condiciona a los propios ancianos para que expresen y vivan su sexualidad libremente. Este rechazo cultural a la sexualidad en personas mayores, parece ser un cliché infundado por creer que con la vejez, los seres humanos dejan de ser atractivos, fuertes y fértiles y por lo tanto, incapaces de mantener relaciones íntimas, considerándolos incluso débiles y desgraciados (González, Akela, Rodríguez Roche, Ramírez Oves, Machado Machado, & Santiesteban Pineda, 2018). Así pues, se puede deducir que el concepto más usual que la sociedad posee sobre la temática que nos compete, incluyendo a los profesionales de la salud y a los propios ancianos, es desafortunado y dudoso en la mayoría de las ocasiones. Precisamente esto, podría determinar y considerarse, de alguna manera, el punto de partida para el cambio que necesita el correcto abordaje de dicha materia, puesto que, según DeLamater, & Moorman (2007) la naturalidad y la libertad de las personas mayores para expresar su sexualidad va a estar determinada no sólo por su estado físico y mental, sino también por el contexto social en el que se desenvuelve.

En las últimas décadas, son muchos los estudios que han empleado su esfuerzo a investigar de manera cualitativa y cuantitativa, la salud sexual de la población anciana. La mayoría de los autores coinciden en que, de manera general, existen muchos prejuicios al respecto que hacen que, los profesionales de la salud no incidan, ni traten el tema de la manera que el mismo precisa. González et al. (2018) informan de que, además de dichos prejuicios, la desinformación, la asociación indivisible y del todo desacertada entre el sexo y la reproducción y los hábitos culturales y mitos sobre el miedo, la censura y lo “improcedente” de la intimidad entre personas mayores, afectan

de manera directa a que se perpetue los estereotipos sobre este tema. De hecho, según Fileborn, Lyons, Hinchliff, Brown, Heywood, Dow & Minichiello (2017), se hace necesario una modificación de las normas sociales y culturales que determinan la falsa *asexualidad* de los adultos mayores con el fin de afrontar el estigma que les persigue. Aunque de manera progresiva, empieza a tenerse en cuenta la condición de que, en la senectud, se sigue siendo individuos sexualmente activos, no se logra todavía una movilización sustancial entre todos aquellos profesionales que trabajan directamente con personas de edades avanzadas.

Según, Cremé Lobaina, Alvarez Cortés, Pérez Hechavarría, Gipsy de los Ángeles, Fernández González, & Riveaux Verdecia (2017), se ha comprobado que entre las diferentes investigaciones existentes se discute acerca de si la actividad sexual del anciano se relaciona directamente con la mejora de su calidad de vida. Por otra parte, también existe controversia al asociar variables como la edad, el género y el nivel educativo del sujeto, con el mantenimiento y la promoción de dicha actividad. Asimismo, según Bergeron, Goltz, Szucs, Reyes, Wilson, Ory, & Smith (2017), la actividad sexual del individuo también se podrá ver influenciada por la existencia de una patología crónica que incida en la salud del mismo y el consumo de drogas, tales como el alcohol y el tabaco.

Lematrie et al. (2016) confirman, por su parte, que efectivamente, la promoción de la esfera sexual si es relevante para el bienestar y la calidad de vida de los ancianos. Por este motivo se recalca la necesidad de su comprensión y tratamiento por parte de los profesionales de la salud. Asimismo, estos autores confirman que, el ser humano es un ser sexuado que demanda contacto, afecto e intimidad con otros seres de su misma especie mientras esté vivo y por tanto, es capaz de ofertarlo y recibirlo mientras exista. La sexualidad es una necesidad fisiológica inherente en el individuo, y por lo tanto, vital en cualquier etapa o a cualquier edad. Negar dicha necesidad, es negar no sólo esta condición humana, sino también es negar una necesidad social, incluso siendo ancianos.

Es un hecho pues que, el deseo sexual es un impulso biológico innato que el ser humano posee desde que nace y mantiene a lo largo de su existencia, y se ha comprobado que, aunque la frecuencia o el tipo de relación sexual que el mayor obtenga disminuya, dicho deseo permanece. Esto implica, por lo tanto, su existencia en las últimas etapas de la vida. Por lo tanto, aunque se produzcan cambios físicos, psicológicos, espirituales y culturales que afecten directamente a la esfera sexual del

individuo, estos no dejan de ser seres sexuados y sexuales con inquietudes que requieren ser resueltas y con una sensación de abandono por una información insuficiente (por no decir inexistente) que bastante lejos se encuentra de satisfacer sus necesidades. Y resolver esta situación, por definición, forma parte de la labor de los trabajadores sanitarios o, mejor dicho, es el fin principal de la misma.

Bien es cierto entonces que, la realidad es que las personas mayores tienen sexo, aunque se ha demostrado que, en este rango de edad, un factor esencial para una vida sexual activa va a ser la existencia de un compañero sexual igualmente activo, deseoso y cooperativo. Es decir, las relaciones sexuales en la vejez si van a estar condicionadas con la existencia de una pareja estable. Asimismo, esta actividad sexual también vendrá determinada por la salud física y mental de los individuos, quienes la consideran una manera de evadir la soledad, de sentirse queridos, deseados y aceptados (Cremé Lobaina et al., 2017). De igual forma, en esta período, se establece que el tipo, la frecuencia, la calidad y la importancia de la salud sexual viene dada por una mejor comunicación en la pareja, un aumento de iniciativa bidireccional y no sólo llevada a cabo por el hombre, una mayor estimulación previa y una espontaneidad de los actos, ya que se ha comprobado que aunque uno de los dos miembros no sienta el suficiente apetito sexual, se dialoga y se llega a acuerdos antes que en la población más joven (Lematrie et al., 2016). En resumen, los adultos mayores manifiestan tener deseo y satisfacción durante sus relaciones sexuales, considerando a estas importantes en este período, pero que su frecuencia, tipo e intensidad, van a diferir según la edad concreta del individuo, si es hombre o mujer, el estado conyugal y, por último, el desconocimiento o falta de información generalizada de los mismos sobre esta materia.

Si bien es la vejez, una etapa vital dónde la institucionalización de los pacientes en residencias, centros de día, casas hogares, etc. es bastante común, no existe una política a la que los trabajadores sanitarios puedan acceder o acudir para guiar la sexualidad de dichos pacientes en este tipo de casos, por lo que esta esfera, acaba por ser ignorada (McAuliffe, Fetherstonhaugh, & Bauer, 2018). Si sabemos que la vida sexual en personas mayores, es necesaria para un envejecimiento exitoso, para poder tomarla como un derecho inherente en el ser humano, será imprescindible formar a los profesionales que trabajan en dichas instituciones para llevar a cabo un abordaje adecuado de este tema. De esta manera, no sólo se le garantizará al paciente el derecho a desarrollar su sexualidad, sino también a que obtenga la información necesaria sobre la misma para hacerlo de forma segura (Ramón, Álvarez & Collazo, 2015). Así pues, desde la enfermería, se deberá tratar y promocionar la salud sexual

del paciente, así como sus necesidades relacionadas con el fin de satisfacerlas, produciendo así todos los efectos positivos que se ha demostrado que se alcanzan a través de un afrontamiento eficaz de todas las dudas, inquietudes y dificultades que este tipo de población presentará con el paso del tiempo. Sin embargo, tal y como analizan Maciel, & Laganà (2014), existe una gran dificultad comunicativa con temas que invaden una esfera tan íntima como la sexualidad, lo que obstaculiza que el profesional sanitario pregunte al respecto y el paciente perciba que este ámbito ni interese, ni sea relevante. Pero tal y como apunta Peate (2004), la enfermera, entre otros, puede ser la primera persona con la que el paciente pueda discutir sus preocupaciones o problemas sexuales ya que éstas cuidan a las personas en una variedad de entornos y, por tanto, tienen una mejor y mayor accesibilidad que a otras formas de salud. Para ello, sin embargo, es imprescindible que la misma, adquiera una actitud abierta al respecto y evite sentimientos de incomodidad y vergüenza que pueda captar el protagonista de nuestra intervención, ya que existe un fenómeno de transferencia entre enfermero-paciente en el que las propias emociones del profesional pueden contribuir a mejorar a empeorar la resistencia de un individuo a la modificación de un comportamiento o a la adquisición de un nuevo conocimiento. La enfermera, además, deberá ser prudente y establecer y mantener una buena relación con el/los implicado/s para que, de esta manera, se sienta cómodo para comunicar sus problemas más íntimos y conseguir así una asistencia real, completa e integral. Según Ramos Fajardo (2017), esta situación de desconocimiento y desinformación sobre la esfera sexual de los adultos mayores, debe tomarse como una oportunidad para que desde el ámbito enfermero, se realice un seguimiento más cercano y profundo sobre esta dimensión de salud, focalizando esta acción en conocer la realidad y los efectos positivos que pueden obtenerse para favorecer el bienestar completo de los pacientes. Esto se logrará mediante la consecución de determinadas actitudes por parte de los profesionales de enfermería, así como de un desarrollo de su capacidad teórica o práctica para esta labor humana.

Así pues, se instaura la relevancia de tomarnos esta realidad como un reto para llevar a cabo un afrontamiento adecuado e inmediato aprovechando las circunstancias a priori negativas, como una forma de asentar unas bases bien estructuradas y sin fisuras. De esta manera, podrá conseguirse ofrecer una atención de calidad a los protagonistas de nuestra intervención.

Por último, se ha de añadir que, debido al ritmo de vida y a los cambios relacionados con las tasas de natalidad y de mortalidad universales (sobre todo en países desarrollados), se ha comprobado que, se está produciendo un envejecimiento de la

población gradual a nivel mundial. Según Ramos & Melguizo (2017), las Naciones Unidas censaron en el año 2017, casi 970 millones de adultos mayores de 60 años en el mundo, esperándose que para el 2050 dicha población se duplique y para el 2100 se triplique. Por lo tanto, si el número de personas mayores existentes, se encuentra en progresivo aumento, así como su esperanza de vida, esta sería otra de las razones de peso para incidir sobre este sector poblacional y sobre el mantenimiento de su bienestar a largo plazo.

Conceptos clave

Podemos subrayar la definición de algunos términos que funcionarán como base para entender sobre qué aspectos este proyecto educativo va a trabajar de forma general:

- Salud sexual. Según la OMS (2018), “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.
- Salud sexual geriátrica. Llanes Betancourt (2013) define este concepto como “la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, durante toda la existencia, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito”. Este concepto se basa fundamentalmente en una *“optimización de la calidad de la relación”* (más que en la cantidad).
- Sexualidad humana. “La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos” (OMS, 2000). Por su parte, Lematrie et al. (2016), establece que “la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental y que se encuentra también

a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual”. Es importante dentro de esta definición, introducir y de esta manera, diferenciar, la propia sexualidad o comportamiento sexual de la genitalidad, es decir, del propio coito con penetración, ya que existen muchas formas de expresarse íntima y sexualmente y en el caso de la población anciana, esta apreciación es de suma importancia para adquirir una percepción positiva de gestos que van más allá del simple acto y que demuestran mucha más privacidad, deseo y satisfacción (besos, caricias, contacto físico, etc.).

- **Afectividad.** La afectividad humana está establecida por la vinculación afectiva que según la OMS (2000), “es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones”. Añade además que, “el vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.”
- **Gerontología.** Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), la gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento. Según la RAE, “la gerontología es la ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan”. Es decir, se encarga de estudiar los cambios que se producen con el envejecimiento en todas las esferas que lo conforman (salud, psicología, integración social, etc.).
- **Envejecimiento.** Según la OMS (2018), el envejecimiento, desde un punto de vista biológico, viene determinado por una serie de daños celulares producidos por el paso del tiempo en un organismo, lo que lleva a este a sufrir una disminución de sus capacidades, un aumento en el riesgo de padecer enfermedades y finalmente, la muerte. Además, de estos cambios biológicos, se producen otro tipo de modificaciones vitales como la jubilación, el traslado de vivienda y la muerte de amigos o de la propia pareja. Así pues, se podría decir que envejecer es la acción producida con el paso del tiempo ante una cosa o una persona, que conlleva una serie de cambios y fenómenos que caracterizan dicho proceso.
- **Disfunciones sexuales.** Una disfunción sexual, tal y como establece el DSM-V, American Psychiatric Association (2014), se caracteriza porque “refleja dolor o alteraciones situacionales o generalizadas en uno o más procesos psicofisiológicos

que acompañan el ciclo de respuesta sexual y causan un sufrimiento psicológico e interpersonal marcado.” El ciclo de respuesta sexual estaría compuesto por cuatro fases: deseo (fantasía y apetencia para mantener una relación sexual), emoción (placer entendido como subjetivo y cambios corporales asociados a la relación sexual), orgasmo (clímax, pico de placer) y resolución (sensación de bienestar, relajación). Por lo que, una disfunción sexual podría enmarcarse por una alteración en alguna de estas cuatro fases.

Problemas relacionados

Como se ha apuntado en líneas anteriores, el envejecimiento va a producir modificaciones en todas las esferas de la vida del individuo, incluyendo la sexualidad de este. Llanes Betancourt (2013) nos habla de una serie de cambios específicos relacionados con los órganos genitales y la sexualidad. Según este autor, estos se dividen en:

- En la mujer. Llanes Betancourt (2013) determina que “aparece una fragilidad y pérdida del vello púbico, la mucosa vaginal se seca y atrofia, disminuyendo por tanto su secreción, y facilitando las infecciones. La vulva, los labios menores y el clítoris, disminuyen de tamaño, se produce un acortamiento y estrechamiento de la vagina. Los ovarios disminuyen de tamaño, y el moco cervical es espeso, escaso y celular. Los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. Se produce además una disminución de estrógenos y progesterona y de los ovarios, las trompas de Falopio se hacen filiformes, el útero regresa a su tamaño prepuberal, el endometrio y la mucosa del cuello uterino se atrofian y la vagina se hace más corta y menos elástica”. En el caso femenino, además, podría hablarse de dificultades relacionadas con factores psico-sociales, como el trauma sexual previo (Thomas, Neal-Perry & Hess, 2018), refiriéndose dicho término a aquellas relaciones sexuales dolorosas o insatisfactorias, relacionadas, sobre todo, por los cambios anatómicos y fisiológicos propios de la vejez. A pesar de esto, se ha comprobado que las mujeres, con menos frecuencia, buscan soluciones ante dicha problemática. De hecho, además, se sienten condicionadas a defraudar a sus parejas e incluso a perderlas, sino siguen manteniendo relaciones sexuales (Levkovich, Gewirtz-Meydan, Karkabi, & Ayalon, 2019), lo que, en sí mismo, ya es un nuevo contratiempo relacionado a tener en cuenta necesariamente.

- En el hombre. Llanes Betancourt (2013) establece que “también se produce una pérdida de vello púbico, la bolsa escrotal está distendida y su superficie es lisa. Hay una reducción de tamaño y consistencia de los testículos y se produce un aumento de tamaño de la próstata con disminución de su secreción y una disminución de la testosterona. La erección requiere más tiempo y suele ser menos firme. Con respecto a la eyaculación, disminuye la cantidad y la intensidad de la misma, la necesidad de eyacular es menor y se reduce el líquido pre-eyaculatorio”.
- Por otra parte, también se ve afectada la función reproductora, que va disminuyendo gradualmente en el varón, mientras que en la mujer desaparece tras la menopausia. La respuesta sexual de la persona mayor se asocia a su situación física, psíquica y social. Aunque dicha situación en el anciano sea óptima en las tres esferas y el deseo y su respuesta sexual permanezca, la falta de lubricación natural puede hacer que aparezca dispareunia durante el coito con penetración (Llanes Betancourt, 2013).

El proceso de envejecer, por lo tanto, puede afectar, a la vida sexual del paciente, de dos formas: de manera indirecta, con la aparición de determinadas patologías asociadas a la edad que incidan significativamente en la salud física y/o mental de la persona, y por lo tanto, en la salud sexual de la misma, como por ejemplo, la aparición de problemas cardiovasculares (Mlynarski, Mlynarska, & Golba, 2019), hipertensión (Diosdado-Figueiredo, Balboa-Barreiro, Pérttega-Díaz, Seoane-Pillado, Pita-Fernández & Chantada-Abal, 2018) o diabetes (Martínez Cárdenas, González Gacel, González Sábado, González, Alberto, Delgado, & Virgen, 2017) en el hombre o la aparición de depresión y artritis en las mujeres, o de manera directa, con la aparición de dificultades asociadas a la función sexual, como por ejemplo, la aparición de atrofia vulvovaginal asociada a una disminución de estrógenos (DiBonaventura, Luo, Moffatt, Bushmakin, Kumar & Bobula, 2015). Estas últimas, también van a diferenciarse entre hombres y mujeres, no sólo por los hábitos o estilos de vida o características de cada uno que establecen una estadística previa como en el caso de las patologías mencionadas con anterioridad, sino también por los rasgos definitorios producidos por los cambios al envejecer exclusivo de cada sexo. Según Lee, Nazroo, O'Connor, Blake & Pendleton (2016), la prevalencia de problemas eréctiles y las dificultades para alcanzar el orgasmo se asociaron fuertemente con el aumento de la edad en los hombres. Para las mujeres sexualmente activas, existen aumentos relacionados con la edad en las

dificultades relacionadas con la excitación, el orgasmo, y la lubricación. Por todo esto, los hombres, por lo general, se encuentran más preocupados con el descenso de su actividad y/o función sexual que las mujeres porque estas suelen presentar más insatisfacción que los primeros, debido a un funcionamiento más pobre por la aparición de síntomas relacionados con el periodo postmenopáusico (sequedad, dispareunia, inapetencia, etc.). En concordancia con lo dispuesto, Levkovich, Gewirtz-Meydan, Karkabi, & Ayalon (2019), diferencian entre sexos los intereses que se quieren solventar con mayor prioridad en la esfera que nos compete: los hombres, pretenden buscar soluciones relacionadas con el mantenimiento de la relación sexual en sí, entendida esta como coito con penetración. Las mujeres, se centran más en solucionar los problemas que hacen que disminuya la relación y la intimidad con su pareja. De esta manera, los profesionales de salud, advierten al tratar la esfera sexual de los pacientes mayores, diferencias no sólo en la problemática encontrada, sino en las soluciones buscadas según el género del paciente.

No obstante, es igualmente importante resaltar que, existen determinados tratamientos (farmacológicos o quirúrgicos) que pueden afectar la vida sexual del individuo. Tal como mencionan Thomas, Neal-Perry, & Hess (2018), entre estos fármacos, podría incluirse los antiepilépticos, los antihipertensivos (sobre todo los betabloqueantes), los antidepresivos, las benzodiazepinas, los opiáceos, la quimioterapia, etc. En estos casos, antes de iniciar un terapia de este tipo, que pueda ocasionar problemas de erección, apetencia, lubricación y consecución del clímax, se debe tener en cuenta la importancia que da el individuo al sexo y su funcionamiento sexual actual. De esta manera, podrá concretarse con él el consentimiento para llevar a cabo este tipo de actuación terapéutica, así como valorar otras opciones si fuese necesario, habiéndole informado previa y debidamente de los efectos adversos relacionados con la esfera íntima del usuario (Geerkens, Al-Itejawi, Nieuwenhuijzen, Meuleman, Lissenberg-Witte, an Moorselaar & Vis, 2019).

Educación para la Salud

Uno de los ámbitos de actuación de los profesionales de enfermería es la Atención Primaria y/o Comunitaria, cuya labor está especialmente dedicada a la promoción de la salud de los individuos y a la prevención de enfermedades, a pesar de que también tenga una función rehabilitadora y asistencial. Para ello, utiliza como herramienta clave la Educación para la Salud. La Educación para la Salud es aquel instrumento

propuesto para que las personas, destinatarios y cómplices de la misma, adquieran hábitos o estilos de vida saludables o, por el contrario, desechen aquellos insanos. Se llevará a cabo mediante la adquisición de determinados conocimientos sobre su propio autocuidado, fomentando la concienciación, la autonomía y la participación en la consecución de un bienestar completo alcanzado gracias a la satisfacción de sus necesidades.

Según la OMS (1969), la Educación para la Salud se define como “el conjunto de actividades planificadas o sistemáticas que favorecen o provocan experiencias en momentos formas y situaciones que inducen a adquirir conocimientos y a adoptar las actitudes y el comportamiento más conveniente para la salud de un individuo, de un grupo o de la colectividad. Y esta, puede a su vez dividirse en individual o grupal”.

La Educación para la Salud individual es aquella que realiza el propio profesional de la salud con un paciente concreto, mediante técnicas de encuentro individual, basadas en establecer y mantener una buena relación con paciente-enfermero, técnicas de expresión que tienen como fin investigar vivencias, preocupaciones, recursos, situación actual, etc., técnicas de información para reorganizar conocimientos reforzando lo correcto y rectificando lo incorrecto a través de repeticiones, verificaciones, informar sobre errores, dar pautas por escrito, etc. Y técnicas de análisis para el desarrollo de habilidades, destinadas a ayudar a tomar decisiones al paciente actuando como guía, acompañante o consejero y fomentando la independencia del mismo para afrontar situaciones y buscar soluciones adecuadas. Se trata, en definitiva, de, una enseñanza-aprendizaje individual y directa. (Pérez Jarauta, Echauri Ozcoidi, Ancizu Irure, & Chocarro San Martín, 2006)

La Educación para la Salud grupal, por su parte, es aquella que realiza el profesional de la salud con un grupo o comunidad, que poseen características o intereses comunes y que pueden ayudarse entre ellos fomentando la participación, la escucha activa, la empatía y por supuesto, un amplio espectro de ideas y soluciones comunes ante un mismo problema o inquietud. Esta a su vez se llevará a cabo a través de técnicas de iniciación grupal, para caldear el ambiente, reducir tensiones, que los miembros del grupo se identifiquen unos con los otros, expresen opiniones, etc., técnicas de producción grupal, más dirigidas a la adquisición o modificación de conocimientos, habilidades y actitudes sobre saber, saber ser y saber hacer, y técnicas de evaluación, que no sólo servirán para comprobar si se han alcanzado los objetivos propuestos en la preparación previa, sino que además, valorará los resultados y el grado de satisfacción de los participantes, lo que nos servirá para

realizar un feedback sobre cosas mejorables o modificables en otras ocasiones. Todas estas técnicas facilitan que el participante se implique, dialogue, comparta, analice, etc., partiendo de su propia realidad y experiencia (Hernández-Díaz, Paredes-Carbonell & Marín Torrens, 2013).

Dentro de este segundo grupo de Educación para la Salud, pues, se enmarcan los proyectos educativos. Podría decirse entonces que, un proyecto educativo es la estructura teórica de todas aquellas actividades dirigidas a grupos de población que fomenten, como comentábamos en líneas anteriores, la participación comunitaria como instrumento específico. Vendrá compuesto por una serie de contenidos, objetivos, sesiones, técnicas, actividades, recursos e instrumentos de evaluación.

Es por todo esto que, para hablar de la Educación para la Salud, ya sea esta individual o grupal, es imprescindible hablar de aprendizaje y enseñanza. El aprendizaje podría definirse como un cambio gradual, adaptable y selectivo que aparece tras la práctica, la repetición y la experiencia. Afecta al área cognoscitiva, al área afectiva y al área de habilidades. La enseñanza, por su parte, requiere la interacción bidireccional entre el usuario y el profesional, que, actuará como orientador experto sobre la materia a instruir (Pérez Jarauta, Echauri Ozcoidi, Ancizu Irure, & Chocarro San Martín, 2006).

Lo ideal dentro de este proceso de enseñanza íntimamente relacionado con la salud del que se forma en una temática que le afecta directamente, es que los individuos adquieran un aprendizaje significativo, que será aquel en el que los nuevos conocimientos se relacionen con lo que el sujeto ya sabe y tiene asimilado en su estructura cognitiva, es decir, aquel que garantice la reorganización de una información que ya conoce y sobre la cual va a profundizar para adquirir y desarrollar nuevos recursos y habilidades para afrontar la situación que le aflige de manera distinta. Este modelo es completamente contrario al aprendizaje memorístico, mucho menos efectivo en el caso del ámbito que nos compete. Según Hernández-Díaz et al. (2013), “en la teoría del aprendizaje significativo se fundamenta el diseño de talleres, ya que en ellos es necesario que las actividades que elaboremos (y su secuenciación) faciliten que los participantes construyan significados”. Así pues, según dicho autor, “las actividades deben poseer «coherencia en su estructura interna» (significatividad lógica), deben estar relacionadas con lo que ya se conoce (significatividad psicológica) y la persona debe presentar una predisposición para aprender”. Si los individuos no presentan deseo para aprender, para formarse sobre un ámbito específico, no se producirá ningún cambio su estructura cognitiva. Por esta razón, es imprescindible utilizar actividades y estrategias que fomenten dicha predisposición positiva, ya que se

ha comprobado que existe evidencia en la asociación entre la motivación del sujeto y los resultados de la enseñanza.

En el caso de un proyecto educativo o en el desarrollo de talleres, además, se tendrá en cuenta también el aprendizaje en grupo que fomenta la participación, la motivación y facilita la adquisición de un aprendizaje significativo. Se debe realizar en grupos de 8-15 personas y en ellos se desarrolla habilidades sociales y comunicativas, para promover la interacción interpersonal del individuo, así como el respeto y el apoyo a los demás, relacionadas estas en todo momento con los conocimientos teóricos y actitudinales que se quieren adquirir. Es decir, se pretende conseguir la integración de las experiencias individuales del alumnado, logrando el crecimiento y el enriquecimiento propio gracias a las experiencias de los demás, fomentando así el aprendizaje del grupo. Además, también favorece la comunicación y la aceptación de las críticas constructivas, a través del diálogo, el debate y la resolución de conflictos mediante el trabajo colaborativo, lo que facilita la evaluación continua y el seguimiento conjunto (Hernández-Díaz et al. 2013).

Justificación

Según todo lo analizado en los apartados anteriores y la bibliografía revisada en su totalidad, es de suma importancia tratar el tema de la sexualidad y la afectividad en personas mayores de sesenta años desde el ámbito sanitario, más concretamente desde el campo de la enfermería. Muchos son los artículos y autores que inciden en la necesidad de trabajar sobre una promoción de la salud sexual y una prevención de riesgos asociados a la misma adecuados al perfil del paciente en todas y cada una de las etapas de la vida. Esto, sólo puede llevarse a cabo a través de una completa y concreta Educación para la Salud individual y grupal, labor que, por norma general, va de la mano de los enfermeros dentro del área de Atención Primaria y Comunitaria.

Para poder realizar este tipo de formación, se requieren una serie de conocimientos básicos por parte del educador para transmitir y lograr en el individuo protagonista una adquisición satisfactoria de los mismos o bien, una modificación con rasgos de mejora de los que ya conocía. Asimismo, también es necesario que el educador posea, por su parte, una serie de actitudes y habilidades de comunicación que generen y conserven una relación de confianza, comodidad y seguridad para hablar de un tema tan estigmatizado socialmente como el que aquí pretendemos abordar.

Dentro de este contexto, lo ideal es pues, implementar un proyecto educativo, que, bien organizado y estructurado, garantice alcanzar los objetivos propuestos (objetivos de salud y objetivos educativos) y los contenidos que en su desarrollo se consideren principales y prioritarios. La meta principal de este tipo de proyectos será, asegurar a los participantes, una mejora en su calidad de vida, fomentando su autonomía e independencia. Se resolverán dudas, inquietudes y preocupaciones, actuando como guía, consejero y compañero en el devenir de las situaciones asociadas a la materia que nos compete y se ampliará la información relevante a todos los aspectos relacionados.

Además, para el adecuado desarrollo de dicho proyecto educativo, también se deberán tener en cuenta todos los antecedentes recogidos y revisados sobre el tema en cuestión para conocer y establecer, primeramente, el punto de partida. Es decir, desde dónde enfocamos la intervención. Será de vital importancia destinar nuestros esfuerzos a desmontar mitos y falsas creencias sobre la materia seleccionada. Además, deberemos comprender de primera mano, la percepción de los propios implicados sobre su vida sexual y las necesidades que derivan de la misma, así como los factores relacionados que les afectan de manera directa o indirecta en este ámbito.

Es necesario añadir que se focalizará la atención de este proyecto a pacientes no institucionalizados. Esto será así puesto que, como hemos visto en la bibliografía consultada, la evidencia científica pone de manifiesto la dificultad añadida de trabajar este ámbito con el paciente anciano que no goza de espacios íntimos o de pareja estable. Bien es cierto que, a pesar de ser igualmente necesario, considero al individuo de más de sesenta años de edad independiente o no institucionalizado, el protagonista ideal para este tipo de intervención.

Por todo lo establecido en líneas anteriores, **el objetivo principal del proyecto será conseguir una adecuada promoción de la salud sexual del anciano a través de la intervención directa con dicha población diana.** Esto nos llevará a dar visibilidad a un requerimiento inherente en el ser humano en cualquier etapa vital que se podrá realizar a través de una concienciación y sensibilización real sobre el tema.

POBLACIÓN Y CAPTACIÓN

Población diana

Este proyecto estará dirigido a mujeres y hombres de sesenta años o más que acudan al Centro Municipal de Mayores de Móstoles (Calle Río Jarama, s/n). Aunque en la localidad existe otro centro de características similares (Centro Municipal de Mayores “La Princesa”), focalizaremos nuestra atención en el primero, puesto que es el que pertenece a la Comunidad de Madrid (financiación pública).

Para tomar a dicho grupo de individuos como población diana, deberán estar interesados además, en aspectos relacionados con la sexualidad. Por lo tanto, hablamos de personas de avanzada edad que no se encuentran institucionalizados, sino que, utilizan su tiempo libre para promover su independencia y autonomía realizando diversas actividades voluntarias y especialmente dirigidas y adaptadas a sus expectativas, motivaciones, condiciones y capacidades.

Según el INE, Móstoles es uno de los municipios de Madrid con más población anciana de la zona sur de la capital en relación con otras localidades y su censo en general. Destaca significativamente sobre las demás en población de personas de sesenta años y en la población anciana total, tal y como podemos observar en la tabla que se expone a continuación.

Municipio	Edad (ambos sexos)									TOTAL
	60 años	65 años	70 años	75 años	80 años	85 años	90 años	95 años	≥100 años	
Alcorcón	2027	2336	1671	1235	735	425	225	62	27	8743
Fuenlabrada	2190	1169	620	587	450	313	105	20	7	5461
Getafe	1978	2219	1313	1083	690	441	238	42	14	8018
Parla	1241	831	465	349	245	4	1	3136
Móstoles	3277	2442	1182	981	669	439	240	58	18	9306

Tabla 1: población de 60 años o más en los principales municipios del Sur de Madrid
elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Estadística, 2011:

<http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e244/avance/p02/I0/&file=1mun00.px&L=0>

Captación

La captación de la población diana se llevará a cabo directamente mediante carteles informativos en el Centro de Mayores Municipal de la localidad y en los Centros de Salud y Centros de Día cercanos al mismo para ampliar la difusión. Con este fin, también se tomará como fuente de captación la labor informativa de la trabajadora social de dicha institución.

Para poder implantar dichos carteles, se necesitará la aprobación de la gerencia asistencial de los centros mencionados. A través del departamento de comunicación de dichas gerencias, se intentará conseguir el visto bueno para poder continuar con la realización del proyecto.

Este proyecto se tomará como piloto, realizándose con la intención a largo plazo de ampliar su realización en aquellos Centros de Salud y Centros de Día de Móstoles que colaboren con la difusión anteriormente mencionada. La extensión del taller, dependerá directamente de si los resultados obtenidos en la evaluación de éste se consideran positivos. Llegados al caso, además de los carteles informativos implantados en todas los centros implicados en su desarrollo, se contará con la ayuda

de otros profesionales. Estos deberán garantizar la transferencia de la información relativa al contenido de las sesiones que lo conforman entre sus pacientes (enfermeras en los Centros de Salud, psicólogos en los Centros de Día, etc.).

Así pues, se partirá del establecimiento a pequeña escala de un programa con unas características muy específicas, en cuanto a qué se pretende conseguir y de quién pretende conseguirse. De esta manera y analizando su acogida y repercusión en los dos centros pioneros, y si, además, estas se consideran positivas para los destinatarios, se irá ampliando su instauración con el fin de alcanzar a más población.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Conseguir una adecuada promoción de la salud sexual del anciano
- Ofrecer al paciente mayor un espacio de confianza para hablar sobre su propia sexualidad y todos los aspectos relacionados con la misma
- Desmontar mitos y eliminar prejuicios sobre la sexualidad en mayores de sesenta años
- Otorgar la visibilidad necesaria a un requerimiento inherente en el ser humano en cualquier etapa vital
- Alcanzar una completa concienciación y sensibilización de la relevancia de tratar la esfera afectivo-sexual en la vejez

Objetivos específicos

De conocimientos (saber)

- Reconocer que la esfera afectivo-sexual es inherente en el ser humano desde que nacemos y hasta que morimos
- Ser consciente de que la sexualidad forma parte de nuestra identidad
- Conocer los aspectos que pueden influir en la sexualidad del adulto mayor (psicológicos, fisiológicos o psicosociales)
- Examinar los cambios esperables y naturales que pueden producirse en el individuo anciano debido al proceso de envejecimiento y que inciden directamente en su vida sexual
- Comprender que el afecto forma parte de la intimidad de la pareja y por lo tanto, de la vida sexual de la misma

De habilidades (saber hacer)

- Experimentar una sexualidad saludable y segura
- Aplicar las recomendaciones y pautas establecidas para disminuir los aspectos negativos asociados con el envejecimiento, las patologías crónicas y los fármacos
- Demostrar la capacidad de emplear los consejos relacionados con las habilidades comunicativas para con la pareja
- Poner en práctica la focalización sensorial basada en la estimulación en la intimidad
- Dramatizar las técnicas explicadas para disminuir la ansiedad ante la sexualidad

De actitudes (saber ser)

- Expresar libremente la vivencia de la esfera sexual y de la problemática asociada
- Aceptar la figura corporal actual y los cambios producidos por el paso del tiempo en la misma
- Decidir de forma individual y particular como vivir la propia sexualidad
- Entender el concepto de vida sexual fuera de la reproducción, la penetración y el matrimonio

METODOLOGÍA

El taller será desarrollado en cuatro sesiones de una hora y veinte minutos cada una, exceptuando la última sesión, que se llevará a cabo en una hora y media. Será impartido por dos profesionales de enfermería, dividiéndose entre ellos las sesiones que realizará cada uno. Será un taller semanal que se lleve a cabo en dos días, preferiblemente consecutivos. Cada día, se realizarán dos sesiones, con un descanso entre ellas de veinte minutos. El lugar será el propio Centro de Mayores de Móstoles y el número de participantes deberá oscilar entre los 15-20 de ambos sexos (grupo mixto).

En cada sesión se programarán:

- Objetivos
- Contenidos
- Técnicas educativas
- Tiempo a emplear
- Recursos a utilizar

CONTENIDOS

- Concepto de sexualidad
- Discusión de mitos y prejuicios relacionados con la vida sexual en la vejez
- Deseo y apetito sexual
- Habilidades de comunicación en la pareja, focalización sensorial y disminución de ansiedad
- Relaciones sexuales en la vejez
- Problemas sexuales relacionados con el envejecimiento: disfunción eréctil, alteraciones anatómicas y dispareunia
- Patologías que pueden afectar a la sexualidad: hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares, artrosis, dolor crónico, depresión y fármacos
- Soluciones ante problemática sexual adquirida directa o indirectamente
- Métodos psicológicos, físicos y químicos para mejorar la actividad sexual (estimulación, ejercicios de Kejel, hipopresivos, lubricantes, fármacos, etc.) y sus indicaciones/contraindicaciones
- Desgenitalizar el orgasmo, ofrecer pautas para vivir una sexualidad plena fuera de la propia penetración y desculpabilizar
- Afectividad e intimidad como parte de la sexualidad

SESIONES, TÉCNICAS DE TRABAJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES

✓ Primera sesión:

OBJETIVO	CONTENIDO	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Instaurar las bases del taller para su comienzo	Presentación inicial (sesiones, contenidos, formadores, etc.)	Expositiva	5'	Aula con asientos y ordenador, proyector y pantalla/pizarra
Conocer a los participantes y establecer concepto de grupo y clima de confianza	Información sobre los asistentes (edad, intereses, expectativas, etc.)	De caldeamiento e iniciación grupal: técnica del ovillo. Cuando el participante reciba el ovillo de lana deberá decir su nombre, su edad, si tiene pareja y qué espera del taller	25'	Aula con asientos y ovillo de lana
Conocer el punto de partida del taller con la percepción inicial de los participantes sobre el tema a tratar	Concepto de sexualidad	Tormenta de ideas y reflexión grupal	15'	Pizarra
Desmontar mitos y prejuicios asociados a la sexualidad en mayores	Discusión de mitos y prejuicios relacionados con la vida sexual en la vejez	Expositiva y participativa (debate)	30'	Aula con asientos, ordenador, pantalla, proyector y presentación power point con diapositivas con imágenes y mitos
Ser conscientes de lo aprendido hasta ahora consiguiendo un interés real para las próximas sesiones	Recordatorio de los puntos clave de la sesión	Feedback, resumen, dudas y cierre de la sesión	5'	Aula con asientos

✓ **Segunda sesión:**

OBJETIVO	CONTENIDO	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Crear sensación de pertenencia al grupo (resaltar las semejanzas entre los participantes) para seguir fomentando la confianza y la seguridad ambiental	Preguntas relativas a la actividad sexual	Dinámica grupal: todos los participantes se pondrán de pie y en fila en medio del aula e irán desplazándose un paso a la derecha o a la izquierda según respondan sí o no a la batería de preguntas de tal manera que al final todos o la gran mayoría se quedarán quietos en el mismo sitio	10'	Aula
Conocer qué es el deseo sexual, su diferencia con el apetito sexual y los factores que pueden interferir en el último	Deseo y apetito sexual	Expositiva y debate	20'	Aula con asientos, ordenador pantalla, proyector y presentación power point con diapositivas
Estar al corriente de soluciones para disminuir los factores que pueden afectar al apetito sexual	Habilidades de comunicación en la pareja, focalización sensorial y disminución de ansiedad	Expositiva y rol playing	45'	Aula con asientos, ordenador, pantalla y proyector y presentación de power point
Ser conscientes de lo aprendido hasta ahora manteniendo el interés por el taller	Recordatorio de los puntos clave de la sesión	Feedback, resumen, dudas y cierre de la sesión	5'	Aula con asientos

✓ Tercera sesión:

OBJETIVO	CONTENIDO	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Dar continuidad a todos los contenidos del taller y establecer las bases para las sesiones del segundo día	Recordatorio de los puntos clave de las sesiones anteriores	Feedback	5'	Aula con asientos, ordenador, pizarra, pantalla y proyector
Promover de nuevo la sensación de pertenencia de grupo e introducir el tema de la sesión	Relaciones sexuales en la vejez	Dinámica grupal: se repartirán todas las imágenes impresas en una mesa y cada participante seleccionará una con la que él pueda identificar su vida sexual actual y se le preguntará el por qué	15'	Aula e imágenes impresas (fotos, dibujos, recortes de revista, etc.)
Estar al tanto de los problemas sexuales relacionados con el propio envejecimiento	Problemas sexuales relacionados con el envejecimiento: disfunción eréctil, alteraciones anatómicas y dispareunia	Expositiva	30'	Aula con asientos, pizarra, ordenador, pantalla, proyector y presentación power point + vídeos
Comprender que ciertas patologías añadidas afectan de forma indirecta a la esfera sexual del individuo y cuáles son éstas	Patologías que pueden afectar a la sexualidad: hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares, artrosis, dolor crónico, depresión y fármacos	Expositiva	30'	Aula con asientos, pizarra, ordenador, pantalla, proyector y presentación power point
Ser conscientes de lo aprendido hasta ahora manteniendo el interés por el taller	Recordatorio de los puntos clave de la sesión	Feedback, resumen, dudas y cierre de la sesión	5'	Aula con asientos

✓ Cuarta sesión:

OBJETIVO	CONTENIDO	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Reflexionar sobre lo que se hace ante la aparición de algún problema relacionado con la esfera sexual explicado en la sesión anterior	Soluciones ante problemática sexual adquirida directa o indirectamente	Discusión	10'	Aula con asientos y pizarra
Percatarse de que existen más soluciones de las que conocen	Métodos físicos y químicos para mejorar la actividad sexual (estimulación, ejercicios de Kejel, hipopresivos, lubricantes, fármacos, etc.) y sus indicaciones/contraindicaciones	Expositiva	30'	Aula con asientos, pizarra, ordenador, pantalla, proyector y presentación power point
Entender que puede existir placer fuera del coito	Desgenitalizar el orgasmo, ofrecer pautas para vivir una sexualidad plena fuera de la propia penetración y desculpabilizar	Expositiva	30'	Aula con asientos, ordenador, pantalla y proyector y réplicas de los órganos sexuales principales
Comprender que el afecto forma parte de la intimidad de la pareja y, por lo tanto, de la vida sexual de la misma	Afectividad e intimidad como parte de la sexualidad	Charla-coloquio final	10'	Aula con asientos
Interiorización real de los contenidos	Refuerzos de los contenidos tratados durante todo el taller	Feedback, resumen, dudas y cierre del taller (cuestionario de conocimientos post-taller y cuestionario de satisfacción). Despedida asistentes	10'	Aula con asientos y cuestionarios de conocimiento y de satisfacción

EVALUACIÓN

Evaluación de la estructura y el proceso

Para evaluar la estructura del taller, tras su implantación, deberemos valorar:

- Si las instalaciones y los recursos han sido suficientes
- Si el número de asistentes y el número de educadores o profesionales que lo impartieron fueron equiparables
- Si la preparación e intervención sobre la materia respondía a las necesidades de la población diana
- Si el tiempo destinado a su desarrollo ha sido el adecuado o si por el contrario, sobró o se quedó corto

Con este fin, al finalizar cada una de las sesiones, se realizará un resumen de los puntos clave de la misma y una ronda de preguntas. De esta manera se valorará la comprensión de los contenidos tratados y se recogerán las dudas y sugerencias relacionadas.

Asimismo, al dar por terminado el taller, se invitará a los participantes a que expresen sus opiniones en relación a la información recogida y su comprensión y utilidad, el material utilizado, la claridad y capacidad comunicativa de los docentes y la adecuación de las instalaciones a los propósitos del taller. Además, se pedirán y recopilarán las modificaciones de mejora que propongan para las próximas implantaciones.

Para evaluar el proceso del taller, tras finalizar las sesiones, analizaremos:

- Si el número de asistentes se ha mantenido impermutable a lo largo del tiempo (no hemos perdido participantes de una sesión a otra)
- Si se ha conseguido un clima grupal adecuado y se ha creado un ambiente seguro, cómodo y de confianza
- Si el grupo ha sido mayoritariamente participativo y se ha implicado en todas las actividades
- Si la programación del taller se ha cumplido
- Si las técnicas educativas y los contenidos han sido los correctos para la consecución de lo que inicialmente se pretendía

En este caso, se llevará a cabo la realización de una memoria del taller en la que aparezcan los datos relativos a los ítems mencionados en los puntos anteriores (número de asistentes, programación, metodología, técnicas, contenidos, etc.). En la misma también constarán las observaciones recogidas por los propios docentes de cada sesión y las opiniones o comentarios relevantes llevados a cabo por los participantes.

Además, se valorará la satisfacción basada en las opiniones subjetivas de los participantes para con el taller y para con el propio docente. De este modo, antes de despedirnos al dar por finalizada la última sesión, pasaremos un cuestionario de satisfacción anónimo. Con este recurso se podrán examinar estas cuestiones y tomarlas como base para adquirir unos mejores resultados futuros a través de la crítica constructiva y de la sinceridad de los asistentes.

Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados, por su parte, deberá determinar la consecución directa de los objetivos propuestos, tanto los objetivos generales, como los específicos (de conocimientos, de habilidades y de actitudes). Por esta razón, los asistentes deberán realizar un cuestionario de conocimientos al comienzo del taller (pre-test) y al final del mismo (post-test). El cuestionario será el mismo y servirá para comparar las respuestas que los participantes den antes y después de la realización de todas las sesiones. De esta manera se podrá cuantificar y registrar si se han alcanzado o no los objetivos dispuestos para su creación y desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bergeron, C. D., Goltz, H. H., Szucs, L. E., Reyes, J. V., Wilson, K. L., Ory, M. G., & Smith, M. L. (2017). Exploring sexual behaviors and health communication among older women. *Health Care For Women International*, 38(12), 1356–1372.
- Cremé Lobaina, E., Alvarez Cortés, J. T., Pérez Hechavarría, Gipsy de los Ángeles, Fernández González, P. & Riveaux Verdecia, R. (2017). Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *Medisan*, 21(07), 857-865. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012&lng=en&tlnq=en
- DeLamater, J., & Moorman, S. M. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal Of Aging And Health*, 19(6), 921–945.
- DiBonaventura, M., Luo, X., Moffatt, M., Bushmakina, A. G., Kumar, M. & Bobula, J. (2015). The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among postmenopausal women in the united states and western europe. *Journal of Women's Health* (2002), 24(9), 713-722.
- Diosdado-Figueiredo, M., Balboa-Barreiro, V., Pértega-Díaz, S., Seoane-Pillado, T., Pita-Fernández, S. & Chantada-Abal, V. (2018). Erectile dysfunction in patients with arterial hypertension. Cardiovascular risk and impact on their quality of life. *Medicina Clinica*
- Fileborn, B., Lyons, A., Hinchliff, S., Brown, G., Heywood, W., Dow, B. & Minichiello, V. (2017). Improving the sexual lives of older australians: Perspectives from a qualitative study. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), E42.
- García, L. B. (2010). Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas. Ed. Médica Panamericana.
- Geerkens, M. J. M., Al-Itejawi, H. H. M., Nieuwenhuijzen, J. A., Meuleman, E. J. M., Lissenberg-Witte, B. I., van Moorselaar, R. J. A., & Vis, A. N. (2019). Sexual dysfunction and bother due to erectile dysfunction in the healthy elderly male population: Prevalence from a systematic review. *European Urology Focus*

- González, P., Akela, S., Rodríguez Roche, Y., Ramírez Oves, I., Machado Machado, Y., & Santiesteban Pineda, D. M. (2018). Representación social de la sexualidad de los adultos mayores. *Humanidades Médicas*, 18(1), 83-95. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202018000100008&script=sci_arttext&tlng=en
- Hernández Carrasco, M., de la Fuente Ballesteros, S. L., García Granja, N., Hidalgo Benito, A., García Álvarez, I. & Cano Pazos, M. (2018). Characteristics of the sexual sphere in elderly patients. *Semergen*, 45(1), 37-43. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359318303782?via%3Dihub>
- Hernández-Díaz, J., Paredes-Carbonell, J.J. & Marín Torrens, R. (2013). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria*, 46(1), 40-47. Retrieved from <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S021265671300200X>
- Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M. & Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the english longitudinal study of ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133-144.
- Lematrie, R. M., Alarcón, É., Berasain, G., Boid, J., Conejeros, S., Gárate, K., ... & Tobar, P. (2016). Tipo, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales en la tercera edad. "La magia del amor". *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 102-125. Retrieved from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/263-1167-1-PB.pdf>
- Levkovich, I., Gewirtz-Meydan, A., Karkabi, K., & Ayalon, L. (2019). When sex meets age: Family physicians' perspectives about sexual dysfunction among older men and women: A qualitative study from Israel. *The European Journal Of General Practice*, 1–6.
- Leyva-Moral, J. M. (2008). La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos. *Index De Enfermería*, 17(2), 124-127. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962008000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=en

- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana De Enfermería*, 29(3), 223-232. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008&lng=en&tlng=en
- Maciel, M., & Laganà, L. (2014). Older women's sexual desire problems: biopsychosocial factors impacting them and barriers to their clinical assessment. *Biomed Research International*, 2014, 107217.
- Martínez Cárdenas, A., González Gacel, J. F., González Sábado, R. I., González, M., Alberto, A., Delgado, P., & Virgen, S. (2017). Disfunción sexual eréctil en pacientes diabéticos atendidos en la consulta multidisciplinaria de Terapia y Orientación Sexual. *Manzanillo. Multimed*, 21(6), 723-736. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77610>
- Mlynarski, R., Mlynarska, A., & Golba, K. S. (2019). Attitude towards sexuality and sexual behaviors among men with heart rhythm disorders. *The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, 1-6.
- Morton, L. (2017). Sexuality in the older adult. *Primary Care*, 44(3), 429-438.
- Olatayo, A. A., Kubwa, O. O. & Adekunle, A. E. (2015). Sexuality in nigerian older adults. *The Pan African Medical Journal*, 22, 315.
- Peate, I. (2004). Sexuality and sexual health promotion for the older person. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(4), 188-193.
- Pérez Jarauta, MJ, Echauri Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E., y Chocarro San Martín, J. (2006). *Manual de educación para la salud*. Navarra: ONA Industria Gráfica.
- Pérez Martínez, V. T. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. p.8. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/mqi/v24n1/mqi10108.pdf>
- Ramón, L., Álvarez, M. & Collazo, M. (2015). La sexualidad como derecho en la vejez. XIV Jornadas de Investigación: Uruguay a tres décadas de la restauración democrática.

- Ramos, E., & Melguizo, E. (2017). Factores asociados a actitudes sobre la sexualidad en la vejez en Medellín, Colombia *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 267-276. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200267
- Ramos, M. E. F. (2017). Mitos sobre la sexualidad de los adultos mayores un desafío para el cuidado de enfermería. *Revista Edu-Física*, 9(20). Retrieved from <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/1188>
- Rodríguez, Á. C., Roldán, C. C., Marcos, M. L. T., Ríos, R. S., Sadek, I. M., & López, P. J. T. (2016). Factores Influyentes en la aparición de Disfunción Eréctil. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 1(3), 107-114. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5600072>
- Sánchez, L. G., Ruiz, L. G. G., Martínez, C. S., & Loveccio, A. M. (2002). Disfunción eréctil en Atención Primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. *Atención Primaria*, 30(5), 290-296. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702790306>
- Santos, L., Oliveira, L., Barbosa, M. A., Nunes, D. P. & Brasil, V. V. (2015). Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 14(14), 1-32. Retrieved from <https://medes.com/publication/109298>
- Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Middlestadt, S. E. & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 7 Suppl 5, 315-329.
- Sinković, M. & Towler, L. (2018). Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. *Qualitative Health Research*, 1049732318819834.

- Thomas, H. N., Neal-Perry, G. S., & Hess, R. (2018). Female sexual function at midlife and beyond. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 709-722.

ANEXOS

Anexo 1: Cartel informativo del taller (captación)

¿CÓMO ALCANZAR UNA VIDA SEXUAL PLENA EN LA VEJEZ?

TALLER DE SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD EN PERSONAS MAYORES

❖ Fecha: 22 y 23 de Mayo del 2019
❖ Horario: 10:00-13:00
❖ Lugar: Centro Municipal de Mayores Móstoles (Calle Río Jarama, s/n)

¡LOS ÚNICOS REQUISITOS PARA APUNTARTE SON: RESIDIR EN MÓSTOLES Y TENER MÁS DE 60 AÑOS!

Para más información, consultar en el propio Centro de Mayores o en tu Centro de Salud o Centro de Día 😊

Centro de Mayores Móstoles

C/ Río Jarama, s/n
28934 - MÓSTOLES
(MADRID)

☎ Lunes a Domingo de 9:00 a 20:00 horas
☎ 916 145 111
✉ cm_mostoles@madrid.org
🌐 www.madrid.org



Anexo 2: Cuestionario de conocimientos (pre y post-test)

- ♂ Hombre
 ♀ Mujer

TALLER “SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD EN MAYORES”

El cuestionario es anónimo, no pretende ser un examen, sólo un instrumento. Le rogamos que marque la casilla que considere es la opción correcta. ¡Muchas gracias!

1. Con la edad desaparece el apetito/deseo sexual:

- Verdadero
 Falso

2. Los ancianos son seres asexuados y las relaciones sexuales a partir de cierta edad, se consideran anormales, puesto que dejan de existir cuando envejecemos:

- Verdadero
 Falso

3. Una relación sexual plena y satisfactoria sólo se consigue mediante el coito con penetración:

- Verdadero
 Falso

4. Los besos, los abrazos y las caricias en la pareja se consideran términos relacionados con la sexualidad:

- Verdadero
 Falso

5. Los problemas eréctiles en los hombres, como la erección tardía, y la falta de lubricación en las mujeres, son algunas dificultades sexuales esperables con el envejecimiento que pueden solventarse:

- Verdadero
- Falso

6. La dispareunia es...

- a) Un método anticonceptivo
- b) Un concepto asociado a la eyaculación precoz
- c) Dolor antes, durante o después del coito

7. El aspecto más importante en la vida sexual de los mayores es...

- a) La reproducción
- b) Conseguir más cantidad de relaciones sexuales, independientemente de la calidad
- c) Alcanzar una salud sexual satisfactoria que mejore la calidad de vida y que proporcione placer e intimidad

Anexo 3: Cuestionario de satisfacción

TALLER “SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD EN MAYORES”

Queremos mantener y mejorar la calidad de este taller. Por este motivo, le rogamos conteste marcando con una X las siguientes preguntas para valorarnos:

1.- En general, ¿qué le ha parecido el taller?

DEFICIENTE	BUENO	EXCELENTE

2.- El taller ha sido de utilidad para mi vida:

NADA	POCO	MUCHO

3.- Las técnicas (videos, explicaciones, ejercicios, casos...) utilizadas han sido:

DEFICIENTE	BUENA	EXCELENTE

4.-La intervención de los docentes (lenguaje, claridad, fomento de participación...) ha sido:

DEFICIENTE	BUENA	EXCELENTE

5.- ¿Qué es lo que más le ha gustado?

6.- ¿Y lo que menos le ha gustado?

7.- ¿Algún comentario o sugerencia?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

