

Educación sexual y vejez. Aclaraciones conceptuales y propuestas para una intervención socioeducativa

María R. Belando Montoro

Universidad de Extremadura

Fecha de aceptación de originales: Diciembre de 2000

El amor de los mayores no es una penetración, sino una compenetración. Tampoco es una urgencia, ni una rapidez, sino una lentitud; una larga lentitud de caricias, de miradas de compasión, de consentimiento, de sentimiento con, de pasión con; es un amor maravilloso y el más humano de todos los amores.

A. Gala, 1999

RESUMEN: Este artículo pretende erradicar las falsas creencias desarrolladas sobre la sexualidad en la vejez. Otro objetivo es el de conocer los cambios fisiológicos producidos con el envejecimiento, tanto en el hombre como en la mujer. Además, se hace un repaso por los aspectos psicosociales y de salud que influyen en el desarrollo de la sexualidad en la vejez. Y, por último, se proponen sugerencias para llevar a cabo programas de educación sexual dirigidos a las personas mayores, con la finalidad de lograr una satisfacción y salud sexual en esta etapa de la vida, y, paralelamente, una mayor calidad de vida.

ABSTRACT: This article intends to eradicate the untruthful beliefs developed on the sexuality in the oldness. Objective other is that of to know the physiological changes produced with the ageing, in the man as well as in the woman. Furthermore, it is made a revision by the psychological and social aspects and of health that influence the development of the sexuality the oldness. And, finally, they are proposed suggestions to carry out sexual education programs directed to the older people, in order to achieve a satisfaction and sexual health in this stage of the life, and, also a greater quality of life.

PALABRAS CLAVE: Educación sexual, vejez, envejecimiento, educación para la salud, calidad de vida, estereotipos.

KEY WORDS: Sexual education, oldness, ageing, health education, quality of life, stereotypes.

1. INTRODUCCIÓN. SOBRE EL AMOR Y LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ.

En la vejez, tan importante es el amor sexual, como el amor-afecto-cariño desarrollado con la familia y los amigos. De hecho, y como defiende Friedan (1994), en la vejez hay que esforzarse por conservar y restablecer los lazos de cariño que unen a la persona con sus familiares y amigos; además, dicha autora subraya la importancia de las relaciones personales con estos últimos, ya que, en estas edades, suelen ser más importantes que las relaciones familiares, muchas veces ocasionales y rutinarias. Es necesario, por tanto, y consideramos objetivos básicos de la educación sexual en la vejez, los siguientes: entablar nuevas amistades y abrirse a otros grupos sociales, debido a la pérdida de amigos y familiares que se agudiza en estas edades, participar en actividades grupales (en asociaciones, clubs, etc.), y reconocer que se necesita una intimidad. Friedan (1994) hace igualmente hincapié en la necesidad de buscar nuevas formas de amar, y encontrar incesantemente oportunidades para “profundizar el contacto y la confianza que forman la base del cariño, con el amigo o vecino, compañero, hijo o hija, padre, madre, nieto, con cualquier amante” (Friedan, 1994, p.302).

Si bien el cariño y el afecto hacia las personas que rodean al mayor es esencial en la satisfacción personal en la vejez, así como en todas las etapas de la vida, vamos a centrarnos en este artículo en el amor sexual, ya que, todavía hoy, es uno de los temas sobre los que menos se ha profundizado desde la Gerontología Educativa, no hay más que ver la escasez de la bibliografía y la investigación específica.

Siguiendo las palabras del profesor Aranguren (1992), le suscribimos cuando dice que “hacer el amor” en toda su plenitud es imaginarlo, pensarlo, decirlo y, por supuesto, también hacerlo. Esto es aplicable a todas las edades, pero debido al neologismo que hoy soporta esta locución, es imprescindible recordar a los ancianos lo que realmente es y significa “hacer el amor”. Y este es uno de los objetivos que perseguimos en este artículo, ya que el conocimiento realista sobre este tema constituye un instrumento fundamental que puede facilitar el despliegue profundo y verdadero de los sentimientos, pasiones y deseos de las personas mayores, ayudando a vencer los obstáculos sociales y familiares, y las inhibiciones impuestas desde los diferentes ámbitos que han rodeado la existencia de los ancianos de hoy.

Al hilo de lo anterior, consideramos necesario realizar, con Salvarezza (1988), dos puntualizaciones. En primer lugar, la sexualidad en la vejez no es sólo posible sino necesaria. Es posible a pesar de las alteraciones o cambios fisiológicos, ya que la satisfacción psicológica no sufre modificaciones; pero en esto es importante la actitud que la persona haya desarrollado en el transcurso de su vida con respecto a la sexualidad; también la satisfacción o no de las conductas sexuales anteriores condicionan las de la vejez, ya que existe una continuidad. Y, en segundo lugar, aunque suele haber una menor frecuencia

en las relaciones sexuales¹, el interés no disminuye, la satisfacción psicológica que proviene del ejercicio de la función sexual no se altera, y biológicamente no hay ningún impedimento para la actividad sexual, ya que se ha demostrado que la producción de testosterona continúa hasta más allá de los setenta, y, en la mujer, la secreción de estrógenos disminuye² pero no desaparece. Por todo ello, se puede afirmar que, mientras apetezca, es una actividad aconsejable, ya que ayuda a mantenerse en forma física y psíquica.

La sexualidad en la vejez, –como factor esencial de la salud integral de esta etapa de la vida–, debe ser estudiada y desarrollada aludiendo a los diversos factores que la componen: biológicos, psico-afectivos, socio-culturales, ético-religiosos y sanitarios (Puerto Pascual, 1989). Esta idea es la que nos ha llevado a la estructuración central de este artículo.

2. LA NEGATIVA DE LOS ANCIANOS A HABLAR SOBRE SU SEXUALIDAD, Y LAS FALSAS CREENCIAS DESARROLLADAS EN TORNO A LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ.

Los diferentes tabúes desarrollados en nuestra sociedad sobre la sexualidad en la senectud han originado, entre otras muchas consecuencias, que en las entrevistas en las que se pregunta a los ancianos sobre esta materia haya una gran proporción de cuestiones sin contestar; pero esta negativa a hablar sobre su sexualidad no debe interpretarse como una falta de interés por el sexo, o que no haya un desarrollo de las relaciones sexuales en estas edades. Según Ramos y González (1994), en esta actitud está implícita la hegemonía de la juventud en nuestra sociedad³, es decir, que la sexualidad sería propia de esta etapa de la vida y no de la vejez. González Felipe y Szurek Soler (1991) han profun-

1 Según Monedero Gil (1990), la respuesta sexual está relacionada con la actividad sexual y, en la vejez, ésta sufre una disminución por los siguientes motivos: falta de ejercicio, rutina, o dificultad para encontrar pareja sexual; y, en su opinión, los más activos sexualmente durante la edad adulta, también lo serán en la vejez. Esto es reafirmado por González Felipe y Szurek Soler (1991), quienes declaran que es un hecho probado “que el progresivo abandono de la relación sexual trae consigo un paulatino deterioro de la fisiología del aparato genital, el cual actuará nuevamente como agente del círculo vicioso entre la no sexualidad y el status del viejo, con todas las consecuencias asociadas al mismo” (González Felipe y Szurek Soler, 1991, p.188). Por todo ello, se recomienda el ejercicio regular de la sexualidad.

2 La disminución de la secreción de estrógenos afecta a la lubricación de la vagina, pero se puede compensar con la aplicación de una crema lubricante.

3 En realidad, esta supremacía de la juventud ya se daba a principios de siglo, como nos recuerdan las palabras de Ortega y Gasset (1927, pp.193-200): “Hoy la juventud parece dueña indiscutible de la situación y todos sus movimientos van saturados de dominio... Como en el vestir, acontece con todo lo demás. Los usos, placeres, costumbres, modales, están cortados a la medida de los efebos”.

dizado algo más en el tema, y han enumerado una serie de motivos que, en su opinión, explican la negación de la sexualidad en el anciano:

- Los estereotipos negativos en torno a la vejez (la identificación de vejez con enfermedad, la soledad, la pérdida de capacidad sexual, etc.).

- Las connotaciones negativas de la vejez origina procesos de evitación de ésta. Según esto, la negación de la sexualidad en la vejez es una forma de negar la vejez, especialmente la propia.

- Para las personas de otras edades es algo intolerable la asunción de la sexualidad de los propios padres; de ahí que, “negando la sexualidad de los ancianos negamos la sexualidad de los nuestros, con lo que evitaremos la nueva puesta en escena de la temática edípica” (González Felipe y Szurek Soler, 1991, p.186).

- Pero también los ancianos mismos niegan su sexualidad debido a:

- su educación moral, según la cual la actividad sexual sólo está relacionada con la función reproductora,
- los cambios del cuerpo hacen que la persona se vea como menos deseable, lo que puede llevarle a inhibir su sexualidad,
- los cambios en el aparato genital que disminuyen la capacidad sexual que se tenía en la juventud (demora en la erección, disminución en la lubricación vaginal, retardo en la obtención del orgasmo, etc.), e influye en la autovaloración del sujeto,
- el hombre “experimenta el advenimiento de la vejez en forma de traumatismo narcisista” (González Felipe y Szurek Soler, 1991, p.186), teme el no ser capaz de satisfacer a su pareja,
- las modificaciones del cuerpo de la mujer hace que disminuya su autoestima, sintiendo que ya no es capaz de gustar o atraer, lo que la aparta de la relación sexual.

Un factor importante en la negación de la sexualidad en el anciano es el originado por las falsas creencias que existen sobre la sexualidad en la vejez⁴, de las cuales López López (1992, p.36) ha hecho un resumen de las reveladas en las distintas investigaciones en las que se ha estudiado este aspecto:

- Los viejos no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales.
- Los viejos no tienen intereses sexuales.
- Los viejos que se interesan por la sexualidad son perversos o inmaduros (verdes).
- Las desviaciones sexuales son más frecuentes en la vejez.

⁴ En Puerto Pascual (1996) se ha elaborado una amplia lista de mitos.

- La actividad sexual es mala para la salud, especialmente en la vejez.
- La actividad sexual debilita.
- Los hombres viejos sí tienen interés por la sexualidad, pero las mujeres viejas no.
- Es indecente y de mal gusto que los viejos tengan interés por la sexualidad.

Quizá uno de los mitos más populares y persistentes es el que sostiene que la actividad sexual debilita, ya que desgasta la energía corporal, y ello hace que la persona mayor sea más vulnerable a la enfermedad. Esto, como apuntan López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998), no es asumible desde un punto de vista científico. Pero, aún más, los beneficios de la actividad sexual en la vejez son muchos y muy diversos:

independientemente del bienestar emocional determinado por la propia relación interpersonal y el placer conseguido, que facilita la acción defensiva del sistema inmunitario, desde un punto de vista biológico,... la actividad sexual en la mujer facilita el trofismo de la vagina reduciendo la sintomatología de la vulvovaginitis atrófica, mientras que en el varón la actividad sexual descongestiona la próstata reduciendo los frecuentes síntomas de prostatismo que aparecen con la edad, y en ambos sexos la liberación de endorfinas que acompaña al orgasmo puede resultar beneficiosa para facilitar el descanso nocturno, que con mucha frecuencia resulta problemático a estas edades. (López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998, p.86).

Por otro lado, O'Donohue (1989) hace un repaso por los mitos más importantes con respecto a la sexualidad de la vejez, explicando su origen. En primer lugar, se hace referencia a los mitos explicitados por Margaret Kuhn (1976), impulsora de las Gray Panthers⁵:

- En la vejez el sexo no importa, en esta etapa de la vida se es asexual.
- En los viejos se considera anormal el interés por el sexo.
- Tras la viudez hay que inducir a la persona mayor a desistir de contraer nuevamente matrimonio.
- Se acepta la pareja de un hombre mayor con una mujer más joven, pero se considera ridículo la relación sexual de una mujer mayor con un hombre más joven.
- Las personas mayores deben ser apartadas por sexos en las instituciones, con el fin de soslayar problemas al personal y no recibir reprobaciones de las familias y la comunidad.

Estos mitos se encuentran en Occidente y son una expresión de la desvalorización de las personas de edad. Son, asimismo, afirmaciones de valor. Pero no todos los mitos están relacionados con los valores, sino que también hay otros que se encuentran asociados a hechos concretos, como los que presenta Hotvedt (1983; citado por O'Donohue, 1989):

⁵ Panteras Grises es un grupo reivindicativo, surgido en Estados Unidos, en contra de la discriminación por la edad.

Mito I: Las personas de edad no son sexualmente deseables.

Mito II: Las personas de edad no tienen deseo sexual.

Mito III: Las personas de edad no son sexualmente capaces (O'Donohue, 1989, p.81).

O'Donohue (1989) presenta estudios en los que se demuestra que estas opiniones son creencias falsas, y señala la importancia de rechazar estos mitos, porque, de lo contrario, podría facilitar la aparición de "ansiedad, culpa, confusión, sensaciones disminuidas de la propia eficacia y expectativas de roles negativos en la edad avanzada" (O'Donohue, 1989, p.83). En cuanto a la causa de la existencia de estos mitos, se mencionan los relacionados con los efectos generacionales y, entre éstos, los siguientes: a) los ancianos actuales recibieron una educación dentro de un clima sexualmente represivo, de lo que se deriva su opinión de que el único fin del sexo es la reproducción; b) el desarrollo en la tecnología de la contracepción tiene, igualmente, una notable influencia en las diferencias entre la conducta sexual de los jóvenes y los ancianos de hoy (cuando éstos eran jóvenes los métodos de contracepción no eran tan eficaces); c) la menor educación sexual recibida por los ancianos actuales influye a la hora de creer determinados mitos sexuales; y, d) Sviland (1978; citado por O'Donohue, 1989) propone la idea de que los adultos jóvenes actuales se vieron forzados a reprimir su sexualidad en su niñez, debido a los valores restrictivos de sus padres y, consecuentemente, ahora procuran inhibir la sexualidad de sus padres ya mayores.

Pero, además de las consecuencias asociadas a la generación, otros investigadores consideran que los hijos edípicos piensan que sus padres no tienen sexo. Y, otra de las causas que se han considerado en la existencia de dichos mitos, es que forman parte del rol social asignado a las personas mayores (Barker, 1968; citado por O'Donohue, 1989).

3. SEXUALIDAD Y SEXOS. UNA REFERENCIA A LOS CAMBIOS PRODUCIDOS CON EL ENVEJECIMIENTO.

Este apartado tiene su razón de ser en el hecho del diferente desarrollo de los patrones sexuales en el hombre y en la mujer. Por un lado, parece ser que en el hombre la máxima potencia sexual se da entre los 18 y 20 años, declinando lentamente hasta los 40. Y, en la mujer, la plenitud sexual se alcanza más tarde, en torno a los 35, y suele mantenerse bien hasta los 60 e incluso más, dependiendo de las posibilidades y apoyos sociales. De ahí que se hable de una mayor estabilidad sexual en la mujer⁶. Pero, vamos

⁶ No obstante, y como apuntan López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998, p.37), "el varón mantiene la actividad en mucho mayor grado, la actividad testicular endocrina de producción de andrógenos y la capacidad de reproducción a lo largo de toda la vida".

a analizar con más detalle, a continuación, los cambios que se producen en cada uno de los sexos.

En el **hombre** los cambios fisiológicos se producen de forma más regular que en las mujeres; y, a diferencia con la mujer, no existe un momento en el que se agudicen los cambios sexuales como ocurre con la menopausia, además el hombre conserva la capacidad de reproducción durante toda su vida. Los cambios más relevantes afectan del siguiente modo⁷:

a) Al nivel de testosterona, que sufre un decremento, al igual que la producción de esperma (López López, 1992; Ramos y González, 1994); también se producen menos espermatozoides y son menos viables (O'Donohue, 1989).

b) Los testículos sufren una reducción en su tamaño y se vuelven más flácidos (O'Donohue, 1989); además, se alcanzan menos y más pausadamente en la respuesta sexual (López López, 1992; Masters y Johnson, 1966,1970; Ramos y González, 1994).

c) La erección es más lenta, se requiere más estimulación, y el pene sufre una merma en su turgencia (López López, 1992; Masters y Johnson, 1966,1970; Ramos y González, 1994).

d) Se sufren algias en los testículos y una sensación de malestar en la porción distal del pene (O'Donohue, 1989).

e) El periodo refractario se dilata (pudiendo alargarse una semana o más), y el orgasmo puede ser más corto y menos intenso (López López, 1992; Masters y Johnson, 1966,1970; Ramos y González, 1994).

En las **mujeres**, según Puerto Pascual (1989), las respuestas sexuales varían poco con el envejecimiento, exceptuando la ausencia de la función reproductora. Parece ser que en la mujer la vejez afecta menos biológicamente en la sexualidad que en los hombres. Sin embargo, para la mujer, la menopausia representa una etapa biológica que conlleva no sólo el fin de la procreación, sino otros cambios que condicionan su actividad sexual. La menopausia se suele originar sobre los 45-50 años, y entre las alteraciones o modificaciones que se producen podemos destacar las siguientes⁸:

a) Todos los autores coinciden en destacar la disminución de estrógenos⁹; se ha observado que ésta se asocia a cambios en el rendimiento sexual: disminución del interés

7 Ver el cuadro elaborado por López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998) donde se especifican los cambios anatómicos y los cambios funcionales. Cuadro 1 del Anexo.

8 Puede ser aclaratorio el cuadro elaborado por López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998) en el que se detallan los cambios anatómicos y los cambios funcionales. Ver cuadro 2 del Anexo.

9 Esta disminución es originada por la pérdida de la capacidad funcional de los ovarios.

Ver López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998) para más información sobre el déficit estrogénico y sus consecuencias.

sexual, menor frecuencia del coito, y decremento de la capacidad de orgasmo en el coito (Bachmann, 1989); también decrece la progesterona.

b) Se aprecia una merma en: el tamaño del útero (O'Donohue, 1989; López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998), la vagina –ésta se angosta y disminuye su elasticidad– (López López, 1992; Ramos y González, 1994; López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998), los labios mayores –dificultando la entrada a la vagina– (O'Donohue, 1989; López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998) y, los senos –que también se hacen menos turgentes– (López López, 1992; Ramos y González, 1994; López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998); asimismo se hacen más pequeños el cérvix y los ovarios (O'Donohue, 1989).

c) Otro de los aspectos más señalados por todos los autores es la menor lubricación vaginal, que suele ocasionar dolor durante el coito, y, aunque se suele aconsejar la aplicación de cremas lubricantes, hay autores que consideran que son ineficaces. Felstein (1983; citado por O'Donohue, 1989) dice que cuando esta sequedad se produce por “unos niveles inadecuados de estrógenos circulantes, puede conducir a una incapacidad para retener la humedad, incluso cuando se aplica directamente” (O'Donohue, 1989, p.85); y así, lo que este autor aconseja es la aplicación local de cremas de estrógenos¹⁰ con el fin de restaurar la salud del epitelio -ya que el dolor del coito es igualmente debido a un decremento en el espesor de la pared epitelial-; por otro lado, según Masters y Johnson (1966;1970) la lubricación sufre un retraso de entre cinco a quince minutos más.

d) También se observa una disminución del vello púbico y un aplanamiento del Monte de Venus (O'Donohue, 1989).

e) Se produce una menor vasocongestión del clítoris, labios y plataforma vaginal, generalmente, durante la respuesta sexual (López López, 1992; Ramos y González, 1994).

f) La fase de excitación sexual se produce más lentamente, y el orgasmo dura menos tiempo (Masters y Johnson, 1966,1970) y se desarrolla con menor intensidad (López López, 1992; Ramos y González, 1994), y durante éste el número de contracciones uterinas es menor y, en ocasiones, son dolorosas (Masters y Johnson, 1966,1970).

g) Por último, Masters y Johnson (1966) señalan una disminución de ruborización cutánea, una menor tensión muscular, y la falta de aumento en el tamaño del pecho durante la estimulación sexual. Estos autores apuntan, asimismo, que en las mujeres de edad aún se pueden desarrollar múltiples orgasmos.

Es necesario que las personas mayores conozcan todos estos cambios que se producen en su sexualidad, porque si no se puede reaccionar con ansiedad o inseguridad.

¹⁰ Lang y Aponte (1967; citados por Ramos y González, 1994) sugieren que para aliviar el dolor en el coito, sólo en casos extremos y siempre bajo control médico, se utilizará la terapia basada en el reemplazamiento de estrógenos.

Todas estas modificaciones fisiológicas no suponen un obstáculo para la relación sexual, sino que simplemente se requiere una readaptación y asimilación (Ramos y González, 1994). Generalmente se suele necesitar más tiempo y también una mayor compenetración en la pareja; pero esto, más que dificultar, lo que supone es el beneficio de hacer más largo el goce y la comunicación que conlleva la actividad sexual. Por otro lado, Ramos y González (1994) señalan que además de los cambios fisiológicos, existen otras variables psicosociales que también inciden en la relación sexual, haciendo que se mantenga y disfrute o provocando su fin.

Pero antes de adentrarnos en el estudio de esas otras variables, vamos a hacer una breve alusión a las sugerencias de tratamiento que Bachmann (1989) propone para mejorar las prácticas sexuales insatisfactorias:

- Utilización de lubricantes grasos u acuosos en las mujeres con vaginitis atrófica severa.

- La actividad sexual realizada por la mañana puede aumentar el rendimiento; parece que es preferible realizarla después de dormir, que por la tarde o por la noche. Y, en las personas con artrosis o dorsalgia sería aconsejable saber en qué momento del día la pareja se encuentra con más fuerzas.

- Tomar un baño caliente con antelación a la relación sexual puede constituir un elemento que potencie el disfrute físico en ella.

- Puede estimular el uso de literatura o películas eróticas.

Por último, puede resultar también de utilidad el cuadro elaborado por la Mayo Foundation for Medical Education and Research (1993; citado por López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998), en el que se ofrecen una serie de soluciones a problemas sexuales muy concretos y que suelen ser los más frecuentes en la vejez.

SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS SEXUALES MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ

PROBLEMAS	SOLUCIONES
Disminución del deseo	<ul style="list-style-type: none"> - Usar excitantes (música romántica, novelas eróticas, etc.). - Cuidado del atractivo corporal evitando situaciones de abandono en el vestir y falta de higiene. - Terapia hormonal, con consejo médico. - Tratamiento de la depresión. - Dejar de tomar alcohol o fármacos. - Buscar consejo psicológico. - Dar consejo individualizado para que los contactos sexuales existentes se resuelvan de forma satisfactoria, evitando sobre todo la rutina que conduce al aburrimiento.
Sequedad vaginal, pérdida de elasticidad vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> - Usar lubricantes. - Estrógenos locales bajo supervisión médica. - Prolegómenos prolongados que faciliten una adecuada lubricación previa al coito. - Tener actividad sexual frecuente. - Ejercicios pélvicos de Kegel¹¹.
Erección débil.	<ul style="list-style-type: none"> - Usar una posición que haga más fácil la inserción del pene. - Aceptarlo como una limitación de la edad. - No usar condón, si no hay riesgo de contagio. - Pedir a la pareja que le estimule más. - Aprovechar el momento de erección matutina. - Buscar alternativas de actividad sexual satisfactoria sin penetración.
Pérdida rápida de la erección y período de recuperación largo.	<ul style="list-style-type: none"> - Tener coitos menos frecuentes. - Poner el énfasis en la calidad, no en la cantidad. - Primar las actividades que no requieren erección.

* Fuente: Foundation for Medical Education and Research (1993; citado por López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998, pp.83-84).

¹¹ Los ejercicios de Kegel sirven para el desarrollo de la musculatura pubococcígea, enseñando a la mujer a contraer los músculos que rodean a un tampón u otro agente imaginario colocado en la vagina. Una alternativa consiste en decirle que «corte» repetidamente el chorro miccional mientras está realizando una micción imaginaria. Se deben realizar de forma reglada y continua para que sean eficaces, durante unos minutos, tres veces al día. Se muestran eficaces para controlar las pérdidas involuntarias de orina, muy frecuentes a estas edades, al mismo tiempo que previenen los prolapsos de las vísceras pelvianas, mejoran la lubricación y la respuestas sexual¹¹ (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 1993; citado por López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998, p.84).

Pero, como vamos a ver seguidamente, los factores que influyen en el desarrollo de relaciones sexuales en la vejez son bastante numerosos, y se refieren no sólo a aspectos físicos sino también sociales, psíquicos, religiosos y de salud.

4. ASPECTOS PSICOSOCIALES Y DE SALUD.

4.1. Hacia un nuevo modelo de sexualidad.

Ramos y González (1994) parten de la necesidad de dejar atrás el modelo de sexualidad basado en el joven, en el que se valora preferentemente lo cuantitativo sobre lo cualitativo, y se identifica sexualidad con coito. Ello conlleva la consideración de la vejez como una etapa de declive y en la que la relación sexual acaba siendo imposible, ya que la interiorización de los parámetros que en este modelo se proponen hace que el anciano cuando se da cuenta de que su erección es más lenta, —lo que se une a una ansiedad generada por el temor a fracasar—, puede provocar el cese de su actividad sexual. El modelo propugnado por estos autores es el de la sexualidad basada en el placer, en el que la sexualidad se abre a un gran número de posibilidades: homosexualidad, bisexualidad, sexo oral, coito, masturbación, etc. En este modelo la edad no supone una limitación; así, por ejemplo, el mayor tiempo requerido para la excitación no ocasionaría ansiedad, sino que produciría un mayor tiempo para disfrutar del placer. Se señala, igualmente, que este modelo conlleva beneficios tanto sociales como personales. Como consecuencia social se indica la creación de un nuevo estereotipo del anciano como persona libre en su actividad sexual frente al estereotipo negativo originado por el modelo anterior (sexualidad basado en el joven). En cuanto a las consecuencias personales, se mencionan las siguientes: autoestima; equilibrio y madurez; salud física y mental; y, percepción positiva de la vida. Todo ello repercute en la consideración de la vejez como etapa fructífera de la vida.

4.2. Aspectos psicológicos.

Los aspectos psicológicos que suelen influir en el desarrollo de la sexualidad en la vejez¹² han sido recogidos por Ramos y González (1994), aludiendo, en primer lugar, a la historia sexual de la persona. Como sucede en otras áreas de la vida, la vida sexual en la vejez está condicionada por la que se ha tenido en etapas anteriores de la vida¹³; por

¹² Es interesante también, a este respecto, considerar la enumeración realizada por Puerto Pascual (1996, p.42) sobre los factores “psicosexuales” que condicionan la actividad sexual en la vejez.

¹³ También Beauvoir (1983) señala que la actividad sexual se suele prolongar más en relación a la satisfacción que se haya tenido en las etapas anteriores de la vida.

ello, la experiencia positiva y la actividad son factores predictivos de una sexualidad activa y gozosa en la senectud, y así también la abstinencia sexual mantenida durante cierto período de tiempo constituye un hándicap fisiológico importante. En segundo lugar, es igualmente condicionante el modelo de sexualidad (los distintos modelos han sido expuestos anteriormente) con el que el anciano se identifica. Y, en tercer lugar, sitúan el efecto pigmalión o profecía autocumplida, es decir, cuando las personas mayores interiorizan lo que piensan que se espera de ellos, lo que la sociedad les ha asignado como propio o adecuado a su edad, suelen reaccionar en consecuencia a esas expectativas.

Por otro lado, dichos autores enumeran los cambios psicológicos propios de la vejez que están más relacionados con la sexualidad:

a) “La aceptación de la propia imagen corporal (canas, arrugas,...), la pérdida de capacidad física y los cambios fisiológicos en su sexualidad” (Ramos y González, 1994, p.159).

b) “La aceptación de la vulnerabilidad de la vida y de la proximidad de la muerte. El balance que realiza el anciano sobre lo que ha sido su vida influirá decisivamente en sus expectativas” (Ramos y González, 1994, p.159).

c) Las personas mayores tienen necesidad de relaciones íntimas emocionales, y valoran la seguridad emocional y la fidelidad más que las personas de otros grupos de edad. Este tipo de relaciones constituye un factor que favorece la autoestima.

d) Se mantiene el deseo y el interés sexual, y parece ser que esto ocurre mayormente en los ancianos. Pero este interés se refiere a la sexualidad entendida en todas sus manifestaciones, ya que el interés relativo al coitar, en concreto, parece que decrece.

e) Otros factores que también repercuten en la sexualidad son la autoestima, la autoaceptación y la comunicación, entre otros.

4.3. Factores sociales y demográficos.

La sexualidad es, como ya hemos explicado, un área donde concurren múltiples elementos, incidiendo de manera plural sobre la expresión y evolución de ésta en la senectud. En este apartado vamos a explicitar los factores sociales y demográficos más representativos e influyentes en la vida sexual de la persona mayor.

1. Uno de los aspectos más polémicos pero que, sin duda, determinan, en muchas ocasiones, las manifestaciones sexuales de las personas de edad avanzada, son las imágenes o erróneas ideas, y los tabúes desarrollados en nuestra sociedad que inhiben y alteran las conductas sexuales de nuestros mayores.

2. Los efectos generacionales, o sea, los acontecimientos producidos en la biografía laboral y sociocultural. Las consecuencias que la guerra y la vida en la dic-

tadura han tenido en la existencia de los ancianos de hoy, es un ejemplo de ello.

3. La jubilación conlleva, asimismo, múltiples cambios en la vida personal; entre ellos podríamos destacar la disminución de los ingresos económicos, ingente aumento del tiempo libre¹⁴, y decremento de relaciones sociales y de la actividad física y mental. Y todo ello puede originar una disminución en el interés por vivir y, paralelamente, en el interés por la sexualidad. Por otro lado, la jubilación también provoca, en muchas ocasiones, conflictos en la pareja, por el considerable aumento de tiempo que ahora comparten. Y esto es especialmente común en las parejas en las cuales la mujer ha sido siempre ama de casa, y ha adquirido unas costumbres y un estilo de vida que tiene que modificar para que sea compatible con su nueva vida al lado de un marido que tiene todo, o casi todo, su tiempo disponible y sin saber qué hacer.

4. La familia ha sido y sigue siendo un elemento de notable influencia en el desarrollo normal de la sexualidad de los ancianos. En muchos casos ha supuesto un obstáculo, y ello se suele explicar por la educación recibida por los adultos de hoy: éstos han crecido bajo un clima de represión sexual que ahora aplican a sus padres. Por otro lado, al prevalecer la familia nuclear, las personas mayores se quedan sin una base socioafectiva que era importante para ellos, y es por esto por lo que se suele aconsejar el mantenimiento y la ampliación de nuevas redes sociales de apoyo a través de asociaciones, clubs de jubilados, etc.

5. Los estudios realizados al respecto indican que las creencias religiosas inciden negativamente en el desarrollo de relaciones sexuales en la vejez. Este hecho se acusa más en el colectivo femenino.

6. La situación económica, y en concreto las preocupaciones económicas, también influye en la actividad sexual, ya que, por ejemplo, ello es fundamental en las condiciones de la vivienda y, en general, en su calidad de vida.

7. El papel de las instituciones¹⁵, profesionales de la salud y los representantes políticos, es importante en cuanto que pueden ofrecer la posibilidad de un medio adecuado y los recursos apropiados para un positivo desarrollo de la sexualidad de los ancianos.

8. El estado civil es otro de los elementos que se han mostrado como determinantes

14 Los jubilados actuales son, en general, personas que han dedicado su vida a trabajar, y ello les crea grandes dificultades para sustituir todas esas horas que ahora tienen desocupadas por actividades lúdicas y socioculturales que les interesen y satisfagan.

15 Remitimos a la investigación de Ribera Domene y Reig Ferrer (1991) en la que se contempla el papel del ambiente institucional en el mantenimiento y desarrollo de la actividad sexual en los ancianos. Este aspecto también fue incluido en la investigación realizada en diversas residencias de ancianos, entre abril de 1992 y mayo de 1993, a través de entrevistas y observación, y cuyos resultados son expuestos y analizados por Nieto (1995).

en la sexualidad en la vejez; la falta de pareja suele constituir un factor importante en ello, especialmente en las mujeres. Beauvoir (1983) señala que parece ser que realizan más frecuentemente el coito los hombres casados, más que los solteros o los viudos, ya que por una parte no tienen el obstáculo de la opinión y, por otra, aunque falle no importa tanto siendo con su mujer.

9. Relacionado con el anterior, es el problema específicamente demográfico. El mayor número de ancianas supone un problema importante a la hora de desarrollar una relación heterosexual, ya no sólo por la escasez de ancianos, sino porque aún sigue estando mal considerado o, al menos, se considera ridícula la relación sexual entre una mujer mayor y un hombre más joven. A ello se añade otro hándicap, y es que las mujeres sufren más el estigma social que relaciona vejez y fealdad (o escaso atractivo).

10. Por último, otro factor influyente es la condición social. Según Beauvoir (1983), las actividades sexuales se realizan durante más tiempo entre los trabajadores manuales que entre los intelectuales, y en los hombres de un bajo nivel de vida más que en los de la clase alta.

4.4. El estado de salud. Patologías más frecuentes en la vejez.

Además de los cambios fisiológicos que han sido enumerados y explicados anteriormente, las enfermedades físicas y, en general, el estado de salud es una variable que puede acarrear problemas en la sexualidad de las personas mayores; por ello, es necesario que el anciano tenga claras las repercusiones que su patología puede provocar en su vida sexual, para que sepa reaccionar adecuadamente y en pro de su salud general. A continuación vamos a hacer una breve referencia a las patologías más frecuentes:

- Enfermedades cardiovasculares. Normalmente no suelen implicar problemas sexuales. Las limitaciones suelen provenir de una mala información (Ramos y González, 1994), y otras veces son razones psicogénicas las causantes de las alteraciones sexuales (Mishara y Riedel, 1986; de Nicola, 1990; O'Donohue, 1989). El papel del profesional puede ser fundamental, porque su opinión o sus recomendaciones pueden ser decisivas en la elección del paciente sobre el mantenimiento o cese de su actividad sexual.

- La *diabetes mellitus* constituye, según Ramos y González (1994), una de las causas más corrientes de impotencia orgánica en el anciano, pero esto ocurre cuando está mal controlada. Así, en opinión de O'Donohue (1989), en estos casos, al interferir con el funcionamiento correcto de los nervios craneales y del sistema nervioso vegetativo, ocasionará, consecuentemente, problemas de potencia en los hombres¹⁶, también puede

¹⁶ Según de Nicola (1990) en los casos de diabetes hay trastornos de la erección y de la eyaculación en el hombre, además de una menor satisfacción.

provocar infecciones genitales locales que suelen ocasionar dolor en el coito, y la lubricación vaginal puede sufrir un retraso y decremento. Además, López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998) indican que en la mujer se produce un deterioro de un 18% en la capacidad de alcanzar el orgasmo.

- Ramos y González (1994) señalan que varios estudios muestran que una proporción que oscila entre el 5 y el 49% de los hombres sufre impotencia tras la cirugía transuretral, producida por la ansiedad causada por el temor a perder la potencia sexual.

- La artritis, en opinión de Ramos y González (1994), no altera la función sexual básica, aunque puede ser necesario realizar algunos cambios en la técnica, ya que suele producir dolor (O'Donohue, 1989). Y, en general, los cambios en las posturas o en los movimientos es lo que se suele aconsejar a las personas que sufren problemas reumatólogicos (López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998).

- Las enfermedades del pulmón tampoco constituyen un obstáculo para desarrollar la actividad sexual, aunque puede necesitar alguna modificación en la técnica (Ramos y González, 1994).

- Según O'Donohue (1989), patologías que afectan también a otras personas más jóvenes pueden afectar a las personas mayores; entre éstas se cita el alcoholismo¹⁷, drogadicción, obesidad, malnutrición, etc. De Nicola (1990) añade el estrés, tabaco¹⁸ y digestión lenta.

- En el caso del paciente oncológico, López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998, p. 89) sugieren, entre otros: fomentar la expresión de sentimientos, consejo médico sobre cuándo se puede iniciar tras la cirugía la actividad sexual coital, fomentar la aceptación de los cambios corporales, fomentar la comunicación de la pareja, y las expresiones amplias de la sexualidad: abrazos, caricias, etc.

- También algunos fármacos¹⁹ utilizados frecuentemente por las personas mayores, y que inciden en el sistema nervioso autónomo, pueden repercutir en el desarrollo de la función sexual (se señalan los antihipertensivos como la reserpina y guanetidina), o producir impotencia (ciertos psicotrópicos, especialmente, los tricíclicos antidepresivos e inhibidores MAO, y, los antihipertensivos); también los diuréticos pueden

17 Ramos y González (1994) señalan que un consumo excesivo de alcohol implica problemas en la erección que puede ocasionar ansiedad e impotencia psicógena secundaria. Y, según de Nicola (1990), el 8% de los alcohólicos crónicos son impotentes por meses e incluso años después de dejar el alcohol.

18 El fumar aumenta el deterioro respiratorio y de las arterias, y favorece la impotencia en el varón (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 1993; citado por López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998).

19 Para ampliar información sobre esta cuestión consultar el cuadro elaborado por López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998, p.92) en el que se especifican los efectos de los fármacos de uso más frecuente en la vejez, diferenciando las consecuencias según el sexo.

afectar a la actividad sexual (O'Donohue, 1989 y Ramos y González, 1994).

- Los trastornos mentales pueden, igualmente, incidir en el desarrollo de la actividad sexual de las personas mayores. Ramos y González (1994) indican que la depresión se asocia a la falta de interés y actividad sexual, también la ansiedad y un alto nivel de estrés influyen en la relación sexual, especialmente cuando aparecen junto a determinadas enfermedades. Y, dichos autores añaden que un 10% de las impotencias son orgánicas, y las demás son ocasionadas por dichas variables (depresión, ansiedad y estrés) y por el temor a no poder llevar a cabo la erección.

4.5. Otros aspectos influyentes en las relaciones sexuales en la vejez.

Martínez-Fornés (1991) sostiene que en la década de los sesenta se suelen vivir dos acontecimientos –la jubilación y el abandono del hogar por parte de los hijos– que condicionan la vida amorosa y sexual. En cuanto a la jubilación, ésta conlleva un aumento del tiempo libre, que puede destinarse, entre otras cosas, a redescubrir a la pareja. Y, en cuanto al «nido vacío», en la actualidad la mujer que se encuentra en la década de los sesenta ha sido preparada y educada para ser una buena novia y madre; así, con el nacimiento del primer hijo se suele dejar de lado el rol de esposa, por lo que con el síndrome del nido vacío la mujer se empieza a sentir sola, piensa que ya nadie la necesita, pero, en realidad, la casa sólo se queda vacía cuando muere uno de los cónyuges.

Como ocurre con otros comportamientos, es la regularidad de estas prácticas uno de los factores que más influyen en su mantenimiento. También la actitud que el sujeto haya tenido para con su sexualidad a lo largo de toda su vida, está relacionado directamente con la actividad sexual en la vejez. Lo que suele suceder es que se inhiben, unas veces por influencia de la sociedad (imagen de la vejez y sus limitaciones) y presión de la familia, y, otras veces, por una inseguridad personal debida a que hace tiempo que no lo hacen y temen el fracaso, debido a su aspecto (no quieren mostrar un cuerpo que ya no es joven y en el que se observan signos de envejecimiento), a problemas de salud, a la monotonía, al rechazo de la pareja, a querer “ser como los jóvenes” y verse incapacitado para ello, etc. Estos factores psicosociológicos perturban la sexualidad en esta etapa de la vida, lo que conlleva la pérdida de un potencial importantísimo en la mejora de su salud. Tanto el deseo sexual como las capacidades sexuales persisten durante toda la vida a no ser por alguna enfermedad, o por alguna de las causas anteriores. Y en estos casos, es recomendable reanudar lo más pronto posible la actividad sexual, pues de lo contrario, según Puerto Pascual (1989), pueden aparecer depresiones o compensaciones neuróticas, y se puede llegar a tener grandes dificultades cuando se quiere volver a disfrutar de la sexualidad, necesitando tratamiento, y pudiendo llegar a una impotencia irreversible.

Puerto Pascual (1989, 1995) sugiere como factores que inciden en una relación

sexual negativa los siguientes: monotonía y aburrimiento; la presión de los roles sociales de la sexualidad en la senectud; los achaques mentales y físicos de uno de los cónyuges; temor al ejercicio de la actividad sexual; y, proponerse dimensiones de sexualidad juvenil. También Beauvoir (1983) señala la presión de la opinión de los demás, ya que el anciano teme el escándalo o hacer el ridículo y, por otro lado, la pesadumbre por los cambios experimentados en su cuerpo inducen a no querer tener relaciones sexuales, por una relación narcisista consigo mismo.

Friedan (1994) relaciona el miedo a envejecer con la desesperada búsqueda de aventuras sexuales que se tuvieron en la juventud, y ello impide alcanzar a ver las nuevas posibilidades de intimidad y amor, “el «conocer y ser conocido» que es la esencia del amor sexual” (Friedan, 1994, p.284).

Es fundamental, por todo ello, que el educador logre que la persona mayor tenga una buena información, que suprima las falsas creencias y actitudes sobre el rol del viejo que hoy existen en nuestra sociedad, que aprendan a reencontrar su propio cuerpo, y que acepten sus necesidades (físicas y afectivas). Desarrollar una vida sexual sana tonifica, relaja y contribuye a liberar tensiones agresivas.

Para terminar este apartado queremos subrayar que, evidentemente, no todo son limitaciones y dificultades en la sexualidad en la vejez, sino que también existen ventajas que pueden favorecer la satisfacción sexual en esta etapa de la vida. López López (1992, p.37) enumera algunas de ellas, que nosotros hemos completado:

- El hombre mayor puede estar más pendiente de la mujer, ya que tiene una menor necesidad de eyacular y un mayor control sobre el momento de eyaculación.

- La mayor lentitud de todos los procesos de excitación favorece el disfrute de una mayor tranquilidad en la actividad sexual.

- Hay una mayor concordancia entre hombres y mujeres en el interés por el contacto corporal global, por el afecto y por la comunicación (en el hombre joven hay una tendencia a priorizar el coito). El interés por las mismas cosas también está originado por una flexibilidad en los roles de género.

- En esta época de la vida se suele disponer de más tiempo y mejores circunstancias (la ausencia de los hijos en el hogar, etc.) para desarrollar la sexualidad.

- Ya no existe preocupación por evitar el embarazo. Y, por otro lado, ya no es necesario utilizar métodos anticonceptivos, ni en concreto preservativos –siempre que no haya riesgo de contagio–, que podrían provocar algunos efectos secundarios, o ser rechazados psicológicamente.

- Por último, y de notable importancia son los cambios en las actitudes y valores sociales en pro de la sexualidad.

5. ACTIVIDAD SEXUAL EN LA VEJEZ. RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS AL RESPECTO.

En cuanto al ejercicio de la actividad sexual en la vejez, y la influencia de éste en otros ámbitos de la vida del anciano, es interesante la investigación realizada por Ribera Domene y Reig Ferrer (1991), en la que, tras entrevistar a 514 personas de Alicante y provincia (339 entre sesenta y cinco y noventa y cuatro años, 74 entre treinta y sesenta y cuatro, y 101 de veinte años), se llegó a una serie de conclusiones que reafirman las obtenidas en otros trabajos:

- En primer lugar, sólo un 21,8 por 100 de las personas mayores de sesenta y cinco años decía tener relaciones sexuales (frente al 78,6% de los adultos y el 27,6% de los jóvenes), especialmente los hombres (esta diferencia entre hombres y mujeres es manifiesta en otros trabajos). Así, se puede decir que, en general, se produce un decremento de la actividad sexual con la edad asociado a elementos físicos y sociales (en éstos también se coincide con otros estudios).

- En segundo lugar, -y creemos que debemos hacer hincapié en ello-, la mayoría de las causas que influyen en la disminución de relaciones sexuales en la vejez son independientes al proceso de envejecimiento o a la edad. Las causas más significativas (también encontradas en otros trabajos) eran: el hecho de ser mujer, el estado civil (la viudedad y el divorcio, pero especialmente el primero), las creencias religiosas (preferentemente en las mujeres), la vida en una institución (a pesar de las actitudes de la familia hacia la sexualidad en sus mayores, parece que la vida en comunidad ofrece menos obstáculos al desarrollo de la vida sexual que la vida en los centros o residencias de pensionistas), el estado de ánimo depresivo, el tipo de actividades que se pueden realizar en el tiempo libre (se asocian positiva y significativamente con el hecho de tener relaciones sexuales las siguientes: actividades deportivas, juegos de mesa, de sillón -leer, escuchar música, ver televisión, etc.-, mientras que las actividades manuales -que son más características en las mujeres- se asocian negativamente). El consumo habitual de tabaco, alcohol y el estrés en la vida de pareja se asociaban positivamente con la presencia de relaciones sexuales. Y, los trastornos físicos o síntomas como los dolores de espalda y reuma, dolores de articulaciones, además del consumo de fármacos sedantes y/o somníferos, calmantes, laxantes y otros medicamentos, afectaban negativamente al desarrollo de relaciones sexuales.

- Y, en tercer lugar, en las personas mayores que desarrollaban relaciones sexuales -no importando demasiado la frecuencia de éstas-, aparecía "en otros ámbitos de su vida mayor bienestar y satisfacción, tanto en sus actividades cotidianas como en sus estados de ánimo y autopercepciones de salud" (Ribera Domene y Reig Ferrer, 1991, p.241).

Estos autores subrayan el gran porcentaje de personas que no respondieron a las

preguntas sobre las relaciones sexuales y su frecuencia, lo que se agudiza en los más mayores; por ello, se advierte que las conclusiones han de ser consideradas con cautela, a lo que se añade el sesgo de los datos, por lo que no se puede asegurar la representatividad de éstos. No obstante, se empleó una escala control de sinceridad (o deseabilidad social), y, como ya hemos dicho, existen coincidencias con otros trabajos desarrollados anteriormente.

En una investigación, de ámbito nacional, realizada por Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1997), en la que se entrevistó a 1.014 personas mayores de 65 años que vivían en diferentes contextos (domicilio propio, residencia pública o residencia privada), se obtuvieron algunos resultados similares a los mencionados sobre la investigación de Ribera Domene y Reig Ferrer (1991). En la investigación de Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1997), un 17,5% de la muestra manifestó mantener relaciones sexuales, observándose diferencias significativas en función del contexto (informaron tener más relaciones sexuales las personas que viven en sus domicilios que los que viven en residencias, ya sean públicas o privadas), la edad (a mayor edad había un menor número de contactos sexuales, menor satisfacción en los que se tiene, y disminución en el apetito sexual), el sexo (las mujeres afirmaron tener menor número de relaciones sexuales, menor satisfacción, y mayor cambio en su apetito sexual) y la posición social (las personas pertenecientes a posiciones sociales altas decían tener más satisfacción y menos cambios en su apetito sexual que las de posiciones sociales más bajas).

Por otro lado, y según los estudios revisados por Puerto Pascual (1989), el comportamiento sexual se va igualando en estas edades; así, la orientación que la mujer tenía en su juventud hacia la ternura y sentimientos afectivos, se une ahora al componente genital, a la vez que el hombre introduce elementos de ternura y caricias. Desde estas consideraciones, pues, se sostiene que la sexualidad en la vejez se convierte en una coincidencia de factores afectivos y emocionales que facilitan la vivencia de una satisfacción sexual diferente y plena. También Friedan (1994) hace alusión a esta tendencia de los hombres hacia el cariño y la intimidad. Resumiendo, en todas las edades, pero, especialmente, en la vejez, no se debe concebir la capacidad sexual por el número de eyaculaciones u orgasmos sino, más bien, por la calidad de los contactos sexuales, por la ternura, el cariño y la capacidad de disfrutar y gozar de la vida en pareja.

En otro estudio, de ámbito nacional, llevado a cabo por Nieto y col. (1995), –quienes realizaron 1110 encuestas a personas de más de sesenta y cinco años–, uno de los aspectos contemplados fueron los cambios fundamentales en las relaciones sexuales con los años, observándose un alto grado de coincidencia en los tres aspectos siguientes: frecuencia, intensidad y capacidad orgásmica. Asimismo, un gran porcentaje de los entrevistados (más de un 70%) manifestó que el deseo y la habilidad se transforman con los años.

En cuanto a la disfunción de la pareja, sucede muchas veces que el anciano requiere una mayor estimulación táctil para excitarse sexualmente, pero las ancianas suelen estar incapacitadas psicológicamente para hacer esto por su menor lubricación vaginal, por atrofia o acortamiento del canal vaginal o, también, muchas veces, porque en las ancianas actuales se observa un rechazo a ciertas prácticas sexuales, como la estimulación manual o la oral genital, que podría facilitar el rendimiento sexual de su pareja. Por todo ello, entre otros motivos, muchas parejas mayores suelen optar por la abstinencia (Bachmann, 1989). Por último, otro factor que incide positivamente en la sexualidad en la menopausia es la satisfacción e interés sexual que la pareja presentó en los años anteriores a la menopausia.

Según Masters y Johnson (citados por Beauvoir, 1983), la intensidad de la respuesta sexual sufre un decremento con el avance en edad, pero en la mujer el orgasmo sigue siendo posible, especialmente, cuando tiene un estímulo sexual eficaz y regular. Sin embargo, Beauvoir (1983) dice que con la vejez se produce una involución de las glándulas sexuales que lleva a la disminución, o puede que, incluso, disipación, de las funciones genitales. En este período de la vida se aprecia, asimismo, un decremento y una mayor lentitud en las reacciones a los estímulos eróticos, además hay una mayor dificultad para lograr el orgasmo o no se consigue, y el anciano ve como se produce una merma en sus posibilidades de erección. Por otro lado, aunque la frecuencia de los coitos disminuye con la edad, debido en parte a la involución de las glándulas sexuales que conlleva un debilitamiento de la libido, se encuentran diferencias entre los individuos debido a factores psicosociales (Beauvoir, 1983).

Para finalizar queremos hacer alusión a las conclusiones a las que llega López López (1992, pp.34-35) tras el repaso por diferentes estudios sobre la conducta sexual en la vejez:

1. Aunque hay una gran variabilidad interindividual en las modificaciones fisiológicas sexuales relacionadas con la vejez, se observan algunas generalizaciones: la actividad sexual (incluida la realización del coito) se mantiene en estas edades, y la satisfacción que se deriva de ella decrece muy gradualmente (e incluso se ha demostrado en estudios longitudinales que durante la primera etapa de la vejez puede mejorar).

2. Además de los factores fisiológicos, tienen una gran influencia en la disminución de la actividad sexual en la vejez determinados elementos psicosociales.

3. Factores personales, sociales y situacionales son los que determinan, en gran medida, la intensidad de la vivencia de aspectos como el interés sexual, la identidad sexual y el rol de género, la capacidad de enamoramiento, la comunicación y el afecto, entre otros.

4. Factores psicosociales han generado la menor actividad coital en las mujeres, y no causas fisiológicas como a veces se ha indicado.

5. Los cambios fisiológicos afectan más a los varones; las mujeres, por su parte, están más influidas por los valores morales.

6. Hay un gran interés por parte de los mayores en establecer relaciones interpersonales íntimas.

7. Para una gran parte de nuestros mayores se ha producido unas condiciones de vida que son nuevas para ellos (un determinado bienestar, mayor libertad, más independencia de la familia y de la moral, etc.), por lo que han de construir nuevas pautas de comportamiento. En opinión de López López (1992), ni la sociedad, ni los ancianos, tienen una buena preparación para esta nueva situación.

6. SALUD SEXUAL A TRAVÉS DE EDUCACIÓN SEXUAL.

Un primer paso en la educación sexual de las personas mayores se tendría que desarrollar en relación al concepto de sexualidad. Así, habría que superar su identificación con procreación, genitalidad, coito, juventud, etc., y “caminar hacia un concepto que se relacione con el placer, encuentro, relación, comunicación, afecto, intimidad, cariño, ternura, tacto, y toda actividad que genera bienestar, sin límites de edad” (Puerto Pascual, 1996, p.418).

Además, y para facilitar el bienestar sexual en la vejez, una de las medidas a adoptar es vigilar y prevenir las enfermedades sexuales. También es importante un cambio de actitud mental con respecto a ella, haciendo hincapié sobre la supresión de las falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez, lo que debe ir acompañado de una orientación sexual que responda a las dudas e interrogantes de los ancianos. La educación sexual debe desarrollarse desde la juventud; pero la intervención sobre los ancianos actuales creemos necesario dirigirla especialmente a los familiares, además de a los propios ancianos y a la sociedad, en general. Esta educación debe englobar no sólo información, sino también formación adecuada sobre la evolución real de las necesidades, intereses y capacidades sexuales de las personas mayores, para que cada individuo pueda afrontar los déficits o limitaciones que puedan aparecer posteriormente con su envejecimiento. Es, asimismo, importante reemplazar las carencias fisiológicas de los ancianos, enseñarles a vivir un reencuentro con su propio cuerpo, el cambio de actitudes sociales, participación en terapias, etc. En este contexto se desarrolla la propuesta de objetivos y contenidos de un programa de educación sexual durante la vejez que ofrece López López (1992, p.37)²⁰, y que resume lo expuesto en este artículo:

20 A continuación dicho autor desarrolla un programa de intervención en una institución. Éste puede ser interesante más que por la novedad de sus sugerencias, por ser una iniciativa inusual, a pesar de que los diferentes estudios e investigaciones realizados sobre el tema acentúan la necesidad de intervenir en

1. Asumir una nueva visión de la sexualidad no limitada a la procreación, el coito, el matrimonio, las manifestaciones heterosexuales...

2. Erradicar las falsas creencias (errores e ignorancia) de los viejos, sus hijos, los profesionales y la sociedad en general, sobre la sexualidad en la vejez...

3. Remover las dificultades psicosociales que limitan la sexualidad en la vejez:

a. Las resistencias y miedos de las personas:

- La resistencia de los hijos.
- La resistencia de los viejos.
- La resistencia de los profesionales.

b. Eliminar las barreras institucionales dentro de la familia y de los centros asistenciales para viejos.

c. Remover las dificultades que afectan especialmente a la mujer y al varón, favoreciendo la aparición de un nuevo modelo de sexualidad y de las relaciones interpersonales.

A estos objetivos, López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998, p.126) añaden otros tres, que hacen referencia a:

- facilitar que los ancianos comuniquen sus problemas sexuales;
- fomentar su conocimiento sobre los cambios normales que a nivel corporal son esperables en la vejez, con el fin de que se adapten a ellos, y amolden sus expectativas a dichos cambios; y,
- propiciar vínculos afectivos estables y una amplia red de relaciones sociales.

Estos objetivos no están dirigidos específicamente a las personas mayores, sino más bien a los profesionales que trabajan en los centros y residencias de mayores, a los hijos de los ancianos, y a la sociedad en general, pues éstos son los que condicionan, en muchos casos, la vida sexual de las personas mayores.

Por otro lado, y siguiendo a Salvarezza (1988), es necesario que las personas mayores comprendan que la sexualidad no es solamente el ejercicio de la función genital, y que no establezcan comparaciones con la actividad sexual que se mantiene en la juventud o en la edad madura, ya que cada etapa de la vida presenta unas posibilidades funcionales determinadas. No obstante, hay que recalcar que el mantenimiento de la práctica genital es fundamental para el disfrute de dicha actividad sexual en estas edades. Puerto Pascual (1989) señala, a este respecto, que las personas que han dejado dichas

este sentido.

También López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998) proponen un programa de intervención en una institución, en el que han elaborado objetivos sobre las características y condiciones que deben tener las residencias de mayores, así como objetivos, contenidos y actividades a desarrollar con los familiares de los ancianos, con los profesionales que trabajan en las residencias, y con los propios residentes.

prácticas suelen sufrir en la vejez impotencias sexuales, y es por esta razón por la que muchas mujeres no pueden tener en esta etapa de su vida una sexualidad orgánica. Masters y Johnson (citados por Beauvoir, 1983) apuntan que las mujeres que no tienen relaciones físicas con cierta frecuencia, el coito les suele originar dolores y fenómenos de dispareunia²¹ y disuria (expulsión difícil, dolorosa e incompleta de la orina), pero no se sabe si estos trastornos están originados por factores físicos o psicológicos.

En la educación sexual dirigida a las personas mayores es preciso, además, considerar e incidir sobre los siguientes aspectos que, en opinión de O'Donohue (1989), suelen ser los más desconocidos por los ancianos:

1. *El clítoris es un componente importante del orgasmo.*
2. *Algunas mujeres posmenopaúsicas tienen orgasmos múltiples.*
3. *Algunas mujeres requieren cierta forma de contacto y estimulación clitoridiano para la estimulación y el orgasmo y, con este fin, las caricias y/o el contacto oral-genital son socialmente aceptables.*
4. *El control eyaculatorio mejorado de los hombres de edad permite una relación más prolongada, antes del orgasmo, lo que puede aumentar el placer de la mujer.*
5. *El hombre de edad requiere un contacto genital directo mayor para la excitación o el orgasmo, y con esta finalidad, las caricias o el contacto oral-genital son socialmente aceptables (O'Donohue, 1989, p.87).*

Por último, y según Puerto Pascual (1989), lo mejor para una salud sexual es vivir la vejez junto a una pareja con la que se viva una sólida unión, y en la que se olvide la edad y la apariencia externa, y se enriquezca la sexualidad compensando lo que se haya perdido por el avance en edad. Y añade que no hay que olvidar la influencia de la salud sexual de la persona mayor en los otros aspectos de su salud. Este autor también defiende la necesidad de desarrollar programas orientados a lograr relaciones sexuales positivas entre los ancianos, que incluyan charlas, coloquios y discusiones que ayuden a erradicar los mitos y liberalizar las conductas que se están deseando llevar a cabo, lecturas y películas que traten las relaciones sexuales como soporte de comunicación y enriquecimiento interpersonal, etc. (Puerto Pascual, 1996).

21 Esta también se origina con los cambios físicos que aparecen tras la menopausia, sobre todo, "la pérdida de tejido adiposo, la disminución de la turgencia de los labios y los cambios atróficos de la mucosa vaginal" (Bachmann, 1989, p.259).

7. BIBLIOGRAFÍA.

- ALBA, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- BACHMANN, G.A. (1989). El papel del médico en la disfunción sexual de la mujer postmenopáusica. *Modern Geriatrics (Ed. Española)*, 1 (7), 258-262.
- BARKER, R. (1968). *Ecological psychology*. Stanford CA: Stanford University Press.
- BEAUVOIR, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- BELANDO MONTORO, M.R. y SARLET GERKEN, A.M. (1997). Políticas de atención a la vejez en los sectores sanitario y social. En J. Buendía Vidal (ed.), *Gerontología y Salud: perspectivas actuales* (pp.199-231). Madrid: Biblioteca Nueva.
- BELANDO MONTORO, M.R. (1999). Currículum, educación para la salud y vejez. Algunas reflexiones y propuestas. En J. Argos y M.P. Ezquerro (eds.), *Principios del currículum* (pp.pp.177-191). Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- FELSTEIN, I. (1983). Dysfunction: Origins and therapeutic approaches. En R. Weg (Ed.), *Sexuality in the later years: Roles and Behavior*. Nueva York: Academic Press.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., ZAMARRÓN, M.D. y MACIÁ, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- FRIEDAN, B. (1994). *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.
- GONZÁLEZ CAÑETE, J.L. (1999). Entrevista a Antonio Gala. *Sesenta y Más*, nº169, 12-17.
- GONZÁLEZ FELIPE, M.A. y SZUREK SOLER, S. (1991). Negación de la sexualidad en la tercera edad. *Geriatría*, 7 (4), 184-189.
- HOTVEDT, M. (1983). The cross cultural and historical context. En R.B. Weg (Ed.), *Sexuality in the later years*. Nueva York: Academic.
- KUHN, M.E. (1976). Sexual myths surrounding the aging. En W.W. Oaks, G.A. Melchiodi, I. Fisher (Eds.), *Sex and the life cycle*. Nueva York: Grune & Stratton.
- LANG, W.R. y APONTE, G.E. (1967). Gross and Microscopic Anatomy of the Aged Female Reproductive Organs. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, núm. 10, pp.454-465.
- LÓPEZ ARANGUREN, J.L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: INSERSO.
- LÓPEZ LÓPEZ, F. (1992). Educación sexual en la vejez. *Gerokomos*, III (5), 30-38.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. y OLAZÁBAL ULACIA, J.C. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- MARTÍNEZ-FORNÉS, S. (1991). *Envejecer en el año dos mil*. Madrid: INSERSO / Editorial Popular.

- MASTERS, W.H. y JOHNSON, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown and Co.
- MASTERS, W.H. y JOHNSON, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH (1993). Sexuality and aging. *Mayo Clinic Health Letter*, 2, 170-174.
- MISHARA, B.L. y RIEDEL, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- MONEDERO GIL, C. (1990). Psicología de la vejez. En J. R. Parreño Rodríguez y otros. *Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos* (pp. 33-50). Madrid: Instituto Nacional de Servicios sociales.
- NICOLA, P. de (1990). La sexualidad en el anciano. *Geriátrika*, 6 (1), 47-52.
- NIETO, J.A. y cols. (1995). *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: INSERSO.
- O'DONOHUE, W.T. (1989). Conducta sexual y problemas de la edad avanzada. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (dirs.), *El envejecimiento y sus trastornos* (pp.80-89). Barcelona: Martínez Roca.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1927). *La rebelión de las masas*. Madrid: Austral.
- PUERTO PASCUAL, C. (1989). Hacia una nueva visión de la sexualidad geriátrica. En AA.VV. *Hacia una vejez nueva. I Simposio de Gerontología de Castilla-León* (pp.199-223). Salamanca: San Esteban.
- PUERTO PASCUAL, C. (1995). *El sexo no tiene edad*. Madrid: Temas de Hoy.
- PUERTO PASCUAL, C. (1996). La sexualidad y la tercera edad. En N. Sáez Narro, R. Rubio Herrera, y A. Dosil Maceira (coords.), *Tratado de psicogerontología* (pp.405-440). Valencia: Promolibro.
- RAMOS, F. y GONZÁLEZ, H. (1994). La sexualidad en la vejez. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.151-178). Madrid: Siglo XXI de España.
- RIBERA DOMENE, D. y REIG FERRER, A. (1991). Comportamiento sexual en ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 26 (4), 234-242.
- SALVAREZZA, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- SVILAND, M.A. (1978). A program of sexual liberation and growth in the elderly. En R. Solnick (Ed.), *Sexuality and aging*. Los Angeles: University of Southern California Press.

ANEXO

CUADRO 1. CAMBIOS SEXUALES EN EL VARÓN.

CAMBIOS ANATÓMICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
<p>Mayor ángulo peneanoabdominal durante la erección máxima, siendo de 90° en los ancianos. Menor tamaño testicular.</p>	<p>Reducción de los niveles de testosterona circulantes y de su conversión a dihidrotestosterona. Menor sensibilidad peneana. Erección más lenta, y se requiere mayor estimulación. Menor turgencia del pene erecto. Reducción del número de erecciones nocturnas involuntarias. Menor ascenso testicular y más lento, durante la excitación, por laxitud del cremáster. Retraso de la eyaculación, con reducción e incluso ausencia de la sensación de inevitabilidad eyaculatoria. Menor necesidad física de eyacular. Menor volumen de esperma eyaculado. Menor número e intensidad de las contracciones orgásmicas. Alargamiento del periodo refractario (pueden requerirse hasta días antes de conseguir otra erección completa).</p>

*Fuente: López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998, p.38).

CUADRO 2. CAMBIOS SEXUALES EN LA MUJER.

CAMBIOS ANATÓMICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
<p>Cambios en la figura corporal general. Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero. Atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina (vaginitis atrófica). Vagina más corta, menos elástica y menos lubricada. Menor grado de acidez del medio vaginal que facilita las infecciones. Atrofia de labios mayores. Reducción y adelgazamiento del vello púbico. Pérdida de parte del parénquima mamario y descenso de las mamas por pérdida de la elasticidad de los tejidos.</p>	<p>Reducción de los niveles estrogénicos y androgénicos. Enlentecimiento de la fase de excitación sexual. Penetración frecuentemente más difícil y dolorosa por la atrofia, y menor y más lenta lubricación vaginal. Menor intumescencia del clítoris y de la plataforma vaginal. Disminución en frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas, que a veces pueden ser dolorosas. Menor rubor cutáneo y más limitado, tensión muscular en el coito y tensión mamaria. Aceleración del descenso postcoital.*Fuente: López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998, p.35).</p>