

# INFORMES PORTAL MAYORES

Número 41

## La sexualidad y la afectividad en la vejez

**Autor:** García, José Luis

**Filiación:** Gobierno de Navarra, Servicio Navarro de Salud, Pamplona

**Contacto:** [jlgarci@telefonica.net](mailto:jlgarci@telefonica.net)

**Fecha de creación:** 01-08-2005

**Para citar este documento:**

GARCÍA, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 41. [Fecha de publicación: 31/08/2005].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

## La sexualidad y la afectividad en la vejez

José Luis García. (\*)

*¿Porqué, pues, Eros a cierta edad tiende a desaparecer?  
Será que la costumbre está en éste más arraigada que en otros campos, o que la posibilidad de la procreación sigue vigente por debajo de la conciencia, o que se valora, más que la opinión de los ancianos, la de sus hijos o sus nietos, convencidos de que el sexo los convierte en viejos verdes y en viejas locas? ¿Por qué una época que tanto propicia el sexo y su ejercicio en los adolescentes, lo regatea y finge escandalizarse ante el de los ancianos?*

Antonio Gala.

### Introducción.

Probablemente uno de los mitos más extendidos en nuestra cultura, en lo que se refiere a la dimensión afectivo-sexual de las personas, sea que la capacidad de amar y de disfrutar de los afectos y de la sexualidad tiene unos límites más o menos arbitrarios, bien sea por la edad, por cambios fisiológicos específicos u otras razones más socioculturales, límites que podrían situarse en torno a la menopausia femenina y a la andropausia masculina.

Es sabido que la sexualidad, entendida ahora como una dimensión humana importante en el desarrollo evolutivo, en las relaciones interpersonales o en la salud de las personas, ha sido escasamente valorada en la cultura occidental, circunstancia que ha afectado más a ciertos grupos de población. Por ejemplo la sexualidad ha sido más estigmatizada en la infancia, en la tercera edad y en otros sectores tales como las discapacidades intelectuales (García J.L, 2000), o la enfermedad mental. En los/as ancianos/as se ha creído no solo que no tenían necesidades de esta naturaleza sino que se ha llegado a pensar que su expresión era inadecuada, de mal gusto e incluso evidenciar una sintomatología patológica. (Jiménez F. 1995).

(\*)Psicólogo clínico, Especialista en Sexología del Servicio Navarro de Salud. Gobierno de Navarra. Profesor Universidad Pública de Navarra (Programa Experto universitario en Gerontología clínica y social;) Profesor Master Gerontología Aplicada (FORO-Aula2).

Dirección para correspondencia: c/ Iturrama 9, Entlo. 31007 Pamplona. Tel. (948) 198334 e-mail: [jlgarci@telefonica.net](mailto:jlgarci@telefonica.net)

Para Martínez B. y col. ( 2000) “ es un área especialmente maltratada, poco conocida y menos entendida por la sociedad, por los propios ancianos y por los profesionales de la salud”.

La presión ha sido de tal naturaleza que, en ciertos ámbitos, determinadas manifestaciones afectivas hacia un niño/a, por ejemplo, han podido suscitar sospechas de abuso sexual. Como decía el profesor Aranguren, “... de la vida sexual de los ancianos solamente se hablaba cuando era motivo de escándalo. Una moral victoriana quería ignorar su existencia, por lo que cualquier manifestación era considerada como una forma de conducta impropia o como una desviación”. Figuera (1990) ha indicado que la conducta sexual en la ancianidad está calificada como ilegítima, es víctima de muchas más agresiones que la del adulto y constituye una negación social.

Este tipo de mitos y creencias erróneas han estado tan extendidas que se ha considerado que el envejecimiento conlleva una inevitable pérdida del interés sexual y de la capacidad sexual, hasta acabar agotándose. Probablemente, como han señalado Kolodny, Masters y Johnson (1983), entre otras razones explicativas de tales creencias, estaría el hecho de que la sociedad tiende a negar el envejecimiento, a valorar negativamente la vejez ( también la muerte, de la que no suele hablarse) que no acaba de aceptar. Así mismo se tiende a considerar que la vejez es un proceso irreversible, asociándolo a menudo con un deterioro físico y psicológico irrecuperable. Por el contrario esa misma sociedad, con inusitada energía, promueve y refuerza un modelo juvenil de salud y lozanía.

Por ello no ha sido raro encontrar no solo en determinados sectores sociales, sino también en ciertas agencias sanitarias y de atención social a las personas mayores, la idea de que la llamada *tercera edad* es sinónimo de asexualización, de ahí que se haya silenciado y privado del derecho del/la anciano/a a disfrutar de su vida sexual y afectiva, particularmente a aquellos que tienen menos recursos culturales, económicos, de comunicación, de relaciones o presentan una mayor dependencia de los profesionales, instituciones o familiares. Residir en un medio rural, probablemente limita aun más las posibilidades de desarrollar esta parte de la vida. Tener algún tipo de discapacidad, enfermedad o trastorno, más aun si genera dependencia, dificulta enormemente si no anula en la práctica, la vivencia de esa posibilidad.

En opinión de Martínez B. y col. (2000), debido al desconocimiento y a la presión social, “numerosas personas de edad avanzada en quienes es intenso deseo sexual, experimentan un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza, incluso llegan a creerse anormales”. Los ancianos, continua, “se distancian de su propio cuerpo y al igual que en la infancia, en la vejez, la sociedad impone que la sexualidad debe ser ignorada”.

De todas maneras también puede ocurrir, como señala Muñoz, (2002) que exista una subcultura en la vejez en la cual las personas mayores ocultan sus deseos y manifestaciones, porque el entorno niega su sexualidad y critica a las personas que se interesan por ella.

## ¿De que estamos hablando cuando nos referimos a la vejez?

La pregunta ¿Qué es un viejo? o ¿ Cuando una persona se considera vieja? no tiene todavía una respuesta que pueda aceptarse de manera mayoritaria, a tenor de que es la sociedad, la que tiende a atribuir unas características particulares a esa etapa de la vida, como hace para otros momentos evolutivos ( infancia, pubertad..) y esas atribuciones, a menudo, se han hecho en base a criterios variopintos y hasta arbitrarios.

Viejos, dice Frida Saal, son siempre los otros y el limite se va corriendo a medida que los años nos atrapan. La vejez es esa categoría evanescente que tiene por característica el hecho de que nunca nos incluye, es la categoría de la que somos excepción.

Por tanto la vejez está regulada socialmente por criterios y valores que en no pocas ocasiones son discutibles y, no siempre, se corresponden con los conocimientos científicos disponibles, respecto a los diferentes procesos de envejecimiento. Como ha señalado Walter G. son construcciones culturales de cada sociedad que indican que es el viejo y que se espera de él. Los viejos moldeados por el imaginario social, asumen el mandato y lo reproducen reforzando las representaciones sociales sobre la vejez.

Además esta regulación es variable de cultura a cultura, de sociedad a sociedad e, incluso, en el mismo momento histórico puede haber diferencias extraordinarias de un país a otro. Un ejemplo que nos da una idea de la diversidad, es el hecho de que los viejos tienen una valoración diferente en función del momento histórico o de la sociedad en la que viven. Diferentes estudios antropológicos, ponen en evidencia una consideración extraordinaria de la vejez en determinada sociedades, frente a otras en las que les conceden un escaso valor.

Por otra parte y frente a la idea de deterioro irreversible, los conocimientos científicos disponibles, nos presentan una visión bien distinta: La vejez es una etapa más de la vida, en la que la variabilidad personal es extraordinaria y en la que cada capacidad puede presentar muy diferentes posibilidades. Un error importante ha sido la confusión entre envejecimiento con enfermedad.

En sentido estricto los procesos de envejecimiento pueden comenzar en la década de los 30, si bien aquí las variaciones son enormes y las diferencias entre hombres y mujeres, así como en la percepción social de esos procesos, son destacadas. Por ejemplo la sociedad tiende a ser más tolerante y comprensiva con los varones que con las mujeres, ante los primeros síntomas de ese proceso en la figura corporal ( arrugas, canas..), incluso viéndolo como algo más valioso en aquellos.

Hay otras muchas diferencias entre hombres y mujeres como el modo de percibir los momentos críticos en la toma de conciencia de la vejez: Por ejemplo, parece que el hecho de que los hijos se independicen y abandonen la casa, es un momento clave para muchas mujeres y que, la jubilación, lo es para muchos hombres.

De todas maneras, consideramos que el modo con el que se viven los procesos de envejecimiento, va a depender en buena medida de la percepción de cada cual. Es frecuente, por ejemplo, oír que “más que ser viejo lo importante es sentirse o no viejo” o “hay gente que siendo joven se siente viejo, y viejos que se sienten jóvenes”. Y, desde el punto de vista de la salud, este tipo de actitudes se puede aprender y trabajar educativamente.

### *Modelos sociales y vivencia del cuerpo.*

Estas creencias están relacionadas estrechamente con los valores y modelos sociales dominantes. Vivir en una sociedad que promueve hasta la saciedad un modelo corporal juvenil, puede favorecer que los cambios asociados al envejecimiento se vivan con una cierta angustia. Decimos hasta la saciedad, porque no hace falta más que ver muchos de los anuncios publicitarios, desfiles de moda, numerosos programas de TV...etc., para darnos cuenta de la importancia social que se le concede y de la presión que ejercen la cirugía estética, la promoción de productos cosméticos, los tintes y peluquerías, los instrumentos y productos para adelgazar, las dietas milagrosas, los gimnasios, los productos hormonales para desarrollar la musculatura...etc. y muchas otras actividades encaminadas a tener un determinado cuerpo con unas medidas que se antojan, desde un punto de vista racional y realista, inalcanzables y para transmitir la idea de que hay que estar siempre joven, de que tal cosa es posible, o cuando menos parecerlo.

Como se comprenderá acontecimientos como las canas, las arrugas, la calvicie, los michelines, la caída del pecho, por señalar solo algunos síntomas relevantes, son evidencias reales que diariamente el espejo devuelve a las personas, mensajes que suelen amplificarse con las miradas y comentarios del entorno y que bien podrían ser “interpretados” como amenazantes. En alguna ocasión, mitad broma mitad en serio, nos han referido el comienzo de la toma de conciencia de estos procesos, en muy diferentes situaciones de la vida cotidiana: por ejemplo, cuando los jóvenes les hablan de usted o se dirigen a ellos como “señor”.

Así pues se trata de una pelea, de una lucha que finalmente siempre acaba perdiendo la persona frente a esos mensajes consumistas de nuestra sociedad, poderosísimos e incontrolables, que se vivencian como amenazas.

Como veremos, una de las tareas preventivas que seguramente los profesionales de la salud y todos aquellos que atienden a las personas mayores, deban facilitar y promover, sea que acepten positivamente los procesos de envejecimiento reforzando su autoestima. Como bien ha señalado Herrera A. (2003) la persona mayor que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja, mantendrá relaciones sexuales satisfactorias.

En cualquier caso la situación claramente contradictoria no es fácil para muchas de estas personas mayores, ya que, de una parte han sido educados en un ambiente hostil y represivo y, de otra, viven un momento social en donde se promueve un modelo de libertad y disfrute sexual sin parangón. Probablemente falta una posición más intermedia, entre el modelo negador y el modelo impositivo, en la que los ingredientes fisiológicos y psicosociales de este momento evolutivo, pudieran coexistir de una manera armónica.

Sería deseable contribuir a que los mayores tengan una imagen de la sexualidad más realista, basada en las necesidades y capacidades de cada cual, lejos del modelo juvenil de productividad coital. O dicho de otra manera: es preciso favorecer su propio modelo, no imponer conductas, respetar sus valores y su historia personal.

En todo caso la idea de que se puede y se debe preparar a las personas para su vejez, nos parece algo importante en las políticas de salud. En este sentido hay una serie de factores que pueden facilitar unas condiciones más adecuadas para una mejor vejez, como por ejemplo: la salud en general, incluyendo las capacidades cognitivas y mentales, el grado de autonomía personal, la seguridad económica, la calidad de la relación con hijos/as-nietos/as y la calidad de relación de pareja.

#### *Aprender a envejecer.*

Por tanto, sería deseable incorporar a los aprendizajes normalizados de la vida otro más: aprender a envejecer. Y en este proceso de aprendizaje, la aceptación de la temporalidad de la vida humana es fundamental. Aceptar que la juventud pasó y que lo importante es vivir el presente, tratar de gozar de él, y preparar el futuro en todos los órdenes, será una excelente manera de sentar las bases de una buena y saludable vejez. Cukier (2004) señala que “la capacidad para reconocer la finitud de la existencia y aceptando la pena que este descubrimiento produce, es quizá, el logro psicológico más grande”. En este sentido sería deseable conocer, comprender y aceptar los cambios que se producen, entre los que destacaríamos:

1. Cambios fisiológicos que veremos más adelante.
2. Cambios en el ámbito de la vida familiar, como por ejemplo:
  - a) Cuando los hijos se van (el famoso *síndrome del nido vacío*) particularmente en el caso de la madre que, muy a menudo, se ha ocupado poco de sí misma y mucho de sus hijos/as.
  - b) Cuando se pierde a la pareja, bien por divorcio o por fallecimiento, y que puede provocar un grave cuadro psicológico de soledad emocional.
  - c) Cuando las circunstancias familiares (enfermedad o muerte de los propios padres o de otros familiares cercanos) crean condiciones de desequilibrio emocional.
3. Cambios de naturaleza más psicológica y personal.

#### 4. Cambios en el ámbito de la vida laboral y social

Pues bien, a menudo se tienden a considerar mucho más los cambios fisiológicos y menos los de naturaleza psicosociales, particularmente los referidos a las relaciones y los afectos.

##### *Soledad afectiva*

Igualmente cuando se habla de necesidades en la vejez, se hace referencia las más de las veces a las de naturaleza económica, salud... sin embargo estas personas, tienen también otras carencias importantes y que no parecen estar adecuadamente satisfechas.

La soledad afectiva en las personas mayores, es un problema de salud muy importante. En el verano de 2003, la ola de calor que afectó mortalmente a un importantísimo número de ellas en toda Europa, que murieron solas en su casa, puso en el candelerero esta realidad.

En realidad, a estas edades, es fácil que se hayan perdido relaciones afectivas (muerte de amigos, familiares...), que haya habido pérdida de relaciones sociales (derivadas de la jubilación) y que no haya hábitos o falten habilidades para el ocio y tiempo libre, disminución de su eficiencia física, menor independencia psicológica...etc. configurando una cierta situación de riesgo de salud. Herrera (2003) habla de la etapa de las “pérdidas” y de los “temores” (a la soledad, al aislamiento, a la incompreensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia...).

La vejez es una etapa donde lo característico son las pérdidas y la elaboración de duelos subsiguientes a las mismas. El modo y la manera de resolver esas crisis va a ser decisivo para la estabilidad emocional ulterior.

Por tanto cabría señalar que, probablemente, la soledad emocional y afectiva sea un serio problema de salud que es preciso considerar porque, entre otras cosas, es uno de los que mayor valoración conceden los propios mayores, de ahí la necesidad de fomentar y cultivar los vínculos afectivos y el apego. (López, F. 1998) entre los propios mayores y entre estos y sus familiares ( por ejemplo disfrutar de la condición de abuelo, si es posible).

Hemos de considerar que, a través de la sexualidad, se puede ayudar a combatir los problemas de soledad tan prevalentes en la ancianidad, como han señalado Muñoz, R. y col. (2002) constando, en una encuesta con mayores chilenos, que mantener una vida sexual activa es considerado por ellos como una evasión a la soledad, al sentirse queridos, deseados y aceptados. En ese sentido y desde una perspectiva preventiva, convendría sugerir a los profesionales y a las familias, que promuevan espacios de relación, vínculos de afecto y fomenten las relaciones entre ellos/as, ya que será un objetivo de salud muy importante.

## Importancia de la sexualidad y la afectividad

Nos proponemos hablar de una cuestión que interesa a la gran mayoría de las personas, tanto en su dimensión cognitiva como de conducta: la sexualidad y la afectividad. No en vano el impulso sexual es uno de los más poderosos motivadores de la conducta a lo largo de la vida. Decimos bien: a lo largo de toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

Si bien la historia ha sido esencialmente represiva para con esta faceta humana, en la actualidad, a pesar de la liberalización acontecida en las últimas décadas, no parece que hayan mejorado sustancialmente las cosas para nuestros/as ancianos/as. Hemos dicho en otro momento (García J.L. 2000) que el modelo dominante sobre la sexualidad en nuestra sociedad, parece ser aquel que la considera fundamentalmente destinada al placer, al bienestar, la diversión, a una mejor salud, pero que, a la vez, la valora como un privilegio de unos cuantos sectores sociales, particularmente los jóvenes y guapos/as.

La inmensa mayoría de la población no pertenece a ese grupo de jóvenes, guapos al uso del modelo social dominante, ni liga como parece ligarse en las series de TV... pero tienen unas capacidades afectivo-sexuales y unas necesidades que deben ser satisfechas de manera adecuada. Cada cual a su modo y a su manera. Según sus posibilidades a todas las personas les pasa algo de esto: tienen cuerpo, sentidos, emociones, sentimientos...etc. independientemente de la edad y todas, sin excepción, tienen derecho a vivir y a desarrollar estas capacidades.

Por tanto, parece que existen importantes grupos sociales que no forman parte de ese selecto club de privilegiados, que disfrutan de su sexualidad: ancianos/as, personas con discapacidades, enfermos mentales... etc. Son diferentes grupos que, sumados, probablemente constituyen un importante ámbito de la población.

En el origen de esta discriminación hay indudables factores socioculturales. En efecto, nuestra cultura impregnada de valores religiosos católicos, ha “entendido” el sexo exclusivamente vinculado a la reproducción dentro del matrimonio establecido. Esa visión lo reduce a las relaciones heterosexuales enfatizando lo genital con un predominio del modelo masculino. Desde esta perspectiva se ha considerado a las personas mayores “agotadas” en su productividad en la transmisión de vida, si bien esto no es cierto en el varón.. Esta idea, la de no ser capaces para procrear, conlleva a una conclusión obvia: no tienen sexualidad.

Hace varios años nosotros hablábamos de un modelo de educación sexual para la convivencia y la relación (García, 1984), frente a otros modelos más ideológicos y reduccionistas. Porque entendemos que las características particulares de estas personas requiere un modelo más abierto y comprensivo que reconozca la diversidad. Por consiguiente una visión distinta de las necesidades de estas personas supondría un nuevo modelo de sexualidad. No es fácil por la preponderancia en todos los órdenes de esa cosmovisión del sacrificio y del miedo al placer: Para nosotros la sexualidad es diversa y tiene múltiples funciones: relación, comunicación, placer, diversión, salud...etc. La sexualidad no se circunscribe a una zona sino que afecta a todo el cuerpo y es toda la persona la que se implica. Por tanto el coito es una práctica más, no la única ni siempre la más importante.

La sexualidad puede vivirse en todas las edades, de manera individual, en pareja, sea o no heterosexual y sin que tenga que primar las necesidades del hombre. En este sentido, falta mucho por conseguir porque, la mujer mayor lo tiene muchísimo peor que el varón en la misma situación.

La negación de esa faceta humana, en esta etapa vital, es mucho más fuerte si cabe en las mujeres. A los varones se les permite una mayor actividad sexual, inclusive se les toleran y "disculpan" ciertas "aventuras sexuales". Un ejemplo lo tenemos en los emparejamientos de hombres mayores con chicas mucho más jóvenes que ellos, cuya permisividad dista mucho de la que se concedería a una mujer mayor con un chico joven, argumento que se convirtió hace algunos años en tema de moda en los llamados países desarrollados, con la publicación de libros y películas sobre ese fenómeno

De todas maneras convendría hacer una matización importante: La tolerancia social con los varones es más clara tanto en cuanto el estatus es más elevado. Por otra parte en algún caso puede valorarse este hecho en virtud de que genera prestigio social en ciertos grupos de varones en la medida en que el "envidiado" demuestra juventud, algo que la sociedad valora sobremanera, porque conquistar a una mujer joven es el ejemplo exitoso de su lucha contra la vejez. . También es más fácil escuchar aquello de "viejo verde" que lo de "vieja verde".

En este sentido, puede decirse que la sexualidad de la mujer mayor está en función de las necesidades del varón a tenor de una doble discriminación: ser mujer y ser mayor. Por otra parte, los diferentes estudios indican que los hombres en estas edades manifiestan mayor deseo sexual y tienen más actividad sexual que las mujeres, hecho este susceptible de provocar no pocas controversias y debates. Un trabajo de Corominas C. y col. (1994) en personas mayores de Albacete, indicaba que los hombres demostraban tener más información e interés sobre este tema que las mujeres.

Nieto (1995) en su estudio sobre la sexualidad de la vejez en España, ha señalado que hombres y mujeres mantienen actividades sensiblemente diferentes. Por ejemplo las mujeres siempre han valorado más las caricias y besos, el coqueteo, y han considerado menos importante el coito o la satisfacción de haberlo hecho. En esa investigación, el acuerdo con las frases "para mi el sexo está de más" y " nunca he entendido por que le dan tanta importancia al sexo", es más frecuente en las mujeres mayores, mientras que la frase " mi vida sexual ha sido muy rica y variada" suscita mayor porcentaje de acuerdo entre los varones.

Una encuesta de Moiola (2005) realizada con mayores de Sevilla, revelaba que la mayor parte de lo/as entrevistados opinaba que "la sexualidad continua toda la vida". De las personas que pensaban que llegaba a un final, las mujeres se inclinan a pensar que "finaliza al enviudar" y los hombres porque "termina con la menopausia".

Además el hecho de que, en este momento evolutivo, haya más mujeres que hombres y que la sociedad sea mucho más estricta con la libertad sexual de ellas, disminuye enormemente la posibilidad de que una buena parte de mujeres mayores tenga oportunidad de establecer nuevas relaciones afectivo-sexuales.

En este sentido algunos autores hablan del “síndrome del viudo” (Ham R. y col. 1992). A esto habría que añadir una peor autoestima y autoimagen en la mujer, menos habilidad para iniciar relaciones y una mayor pasividad en la sexualidad.

Esta actitud social, que de algún modo es asumida por buena parte de los profesionales que cuidan y atienden a los mayores o de los propios hijos/as, es resultado de una cultura esencialmente negadora de la sexualidad, cultura que ha imperado en los últimos siglos en la sociedad Occidental. Otras culturas parecen tener una tradición menos represiva (Jiménez, F. 1995)

### **Concepto de sexualidad.**

En términos generales, y como primera aproximación, podemos entender la sexualidad como una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas, para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías afectos, caricias o ternura.

De quererse y hacerlo en un ambiente relajado y tierno, tranquilo y gratificante. A veces también de una manera rápida, apasionada e impulsiva. Las relaciones sexuales son ante todo una manera íntima, privada y sincera de decirle al otro/a: "Te quiero", "Te amo", "Te deseo" o simplemente " Me encanta estar junto a ti" y, en vez de decirlo verbalmente, se lo decimos con nuestras manos, con toda nuestra piel.

Al hacer esto, nuestro cuerpo, todos los cuerpos, están genéticamente programados y preparados para responder al estímulo sexual, siempre que haya deseo y disponibilidad para ello, poniendo en marcha un extraordinario y complejo proceso de respuesta sexual. Y esto resulta muy placentero para la mayoría de las personas que se implican en ello. Es pues algo absolutamente natural y saludable.

Cierto que hay otras muchas maneras de comunicarse y relacionarse con los demás. Las relaciones sexuales son una de esas maneras y las personas deciden libremente hacerlo en las condiciones y circunstancias que consideran más apropiadas.

Por tanto, cuando hablamos de sexualidad estamos también hablando de amor, cariño, amistad o relación. No quiere esto decir que, siempre que haya amistad o amor, tenga que haber relaciones sexuales. No, en absoluto. Ni siempre que hablamos de sexualidad nos referimos a amistad o amor. Hay experiencias sexuales dramáticas y dolorosas que nada tienen que ver con eso.

La sexualidad, por tanto, es una parte de la necesidad de establecer relaciones que tenemos todos los seres humanos. También es un componente de la necesidad de amor y afecto. Unos la viven de un modo y otros de otro. Unas personas la desarrollan de manera gratificante y otros menos. Para algunas personas es una fuente de armonía y satisfacción y para otras es un elemento de conflicto y tensión. Cada cual tiene su propia manera de llevarla a cabo. La variabilidad personal es extraordinaria.

Para nosotros, la sexualidad es una dimensión global que mediatiza la totalidad del ser humano, independientemente de los años que tenga. La capacidad de sentir, de vivir, expresar y compartir sensaciones corporales, afecto y ternura, poco tiene que ver, en principio, con la edad.

Toda persona tiene derecho a vivir y expresar su sexualidad a su modo y manera. No obstante las personas mayores tienen que enfrentarse a un extendido, pero no por ello aceptable, prejuicio social y asistencial que tiende a negarles esta faceta de su personalidad. Reconoceremos que tal hecho es harto injusto porque menoscaba su propia condición de ser humano y afecta negativamente a sus relaciones interpersonales.

### **Las necesidades afectivo-sexuales**

Seguramente la satisfacción adecuada de gran parte de sus necesidades es vivida, por muchos/as ancianos, con cierta intranquilidad. Desde el punto de vista socioeconómico y, en términos generales, hay un claro acuerdo en que la gran mayoría de las pensiones actuales, son insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Además benefician fundamentalmente a los varones ya que una buena parte de las mujeres no ha cotizado.

Sin embargo no vamos a hablar de estas necesidades, si no de otras menos *materiales* aunque la gran mayoría de ellas comparten, tal vez, un tratamiento poco adecuado en el sentido de no estar satisfechas de modo satisfactorio: nos referimos a las necesidades de carácter afectivo-sexual. No obstante parece evidente que cuestiones como la salud, el tiempo libre o la tranquilidad ante el futuro tienen mucho que ver con los aspectos económicos y también con las oportunidades de relaciones afectivo-sexuales. Como ha señalado Garay (1995) la escasez económica se convierte muchas veces en la causa profunda de sus angustias, inseguridades y sufrimientos.

Es indiscutible que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades, algunas de ellas son fundamentales para poder vivir y es preciso satisfacerlas. Otras lo son para desarrollarnos y crecer como personas, de ahí que el mundo de los afectos podríamos incluirlo en este grupo. ( Mulligan, 1991)

Podríamos citar en primer lugar que el hecho de vivir en sociedad y establecer relaciones con los demás, implica inevitablemente una serie de necesidades sociales. Necesitamos, unas personas más que otras pero todas en definitiva, disponer de una red de gente, amigos, compañeras, con las que comunicarnos, evitando el aislamiento y la soledad.

También, en segundo lugar, tenemos necesidades de intimidad, de contacto físico, de sentir placer y sentirnos bien: tocar, abrazar, besar...etc., contribuyendo a que nos sintamos emocionalmente bien (López F. 1989). La dimensión sexual puede contribuir a satisfacer esta necesidad, ni más ni menos importante que otras. El sexo, pues, tiene una dimensión personal, pero sobre todo lo característico es su proyección social y de relación humana.

Por tanto una de las necesidades que nos permiten crecer y desarrollarnos como personas, es la sexualidad y la sexualidad, como se ha dicho, no significa en modo alguno únicamente el coito. Pero hay otras muchas necesidades. Necesitamos, por ejemplo, que nos quieran, que nos valoren, que aprueben nuestra forma de actuar. Sentirnos importantes y útiles. Tener compañía. Compartir proyectos o inquietudes. Nuestra estabilidad como personas requiere que nos sintamos seguros emocionalmente. Es decir, tener personas que nos quieran y estimen sin condiciones y que esos vínculos tengan en alguna medida vocación de futuro. (López, F. 1989)

A la luz de los conocimientos actuales tenemos que decir que el ser humano es ante todo un ser social y que, desde muy antiguo y en todas las sociedades conocidas, se ha observado una tendencia generalizada a iniciar y mantener interacciones íntimas con otras personas, dependiendo claro está de diferentes variables como la edad, el sexo...etc.

Diferentes estudios y la experiencia clínica muestra que, la ausencia de vínculos, puede ir asociada a sufrimiento psíquico y a problemas psicológicos y relacionales diversos. Vivir en soledad entraña serios riesgos para la salud. Algunas personas mayores se ven obligadas a prescindir de relaciones humanas o a restringirlas al ámbito familiar, lo que provoca sentimientos de soledad y genera lazos de dependencia muy fuertes.

Como se ha dicho antes, tal vez la soledad afectiva sea uno de los problemas de salud, sino considerado el más importante, si uno de los más generalizados y de efectos devastadores en los países supuestamente desarrollados. Este hecho es más importante si cabe cuando, desde la Psicología de la vejez, se acepta que las personas mayores tienen fundamentalmente las mismas necesidades afectivas y de relación que cualesquiera otra en un periodo de la vida diferente. Sin embargo, muy a menudo, los propios ancianos son conscientes de que estas necesidades las tienen insuficientemente satisfechas, y que la consideración social que se tiene hacia ellos, es bien distinta que las que se tiene hacia los jóvenes.

### La productividad social

Hay a quienes les resulta difícil aceptar que las personas mayores tengan necesidades de carácter sexual y afectivo. Y esta actitud ante la sexualidad puede tener relación con la actitud social que todavía algunos sectores tienen con ellas, porque ¿Qué sociedad promueve este modelo de atención raquítrico y estimula un discurso social que considera a las personas mayores como asexuadas? En efecto, nos encontramos inmersos en un modelo social y económico neocapitalista, exacerbadamente consumista, obsesionado por conseguir la máxima productividad al menor costo posible y, a decir verdad, algo fariseo cuando se abordan las cuestiones de índole sexual. La productividad es la medida del valor de la persona y dado que los viejos ya no producen, pierden valor e interés y, consecuentemente pierden poder. Envejecer se asocia a perder valor social, ya que el ideal de belleza está dirigido al modelo dominante juvenil.

Las personas mayores asumen ese papel que se les asigna, desde todos los flancos, y lo cumplen porque es lo que se espera de ellos/as. Si se considera que no pueden, no deben, no saben hacer, pensar, decir.... terminan convencidos de que, en efecto, es así y por tanto delegan en los adultos.

La cuestión de la dependencia psicológica es para nosotros muy importante en las cuestiones afectivo-sexuales. Si se piensa que los viejos “son como niños”, “caprichosos”, “no pueden”, “no se dan cuenta”, “tercos”...las decisiones tienen que tomarlas, supuestamente por su bien, los hijos/as o las instituciones, incluso a veces con amenazas veladas o chantajes emocionales. No decidir sobre la propia vida implica no ejercer derechos fundamentales de la persona.

En muchos de nuestros mayores, una idea se repite machaconamente, hasta casi provocar desasosiego en su cuerpo: la productividad social. En efecto, se dicen así mismos, vivimos en una sociedad extremadamente competitiva donde la productividad adquiere una importancia exagerada. Desde la mal llamada tercera edad, se comprueba que las inversiones se hacen cuando hay rentabilidad y beneficios. Las personas mayores ya han producido y ya han dado sus beneficios. La sociedad no suele cuidar a sus mayores.

Valladares (1995) advierte de la ambigüedad con la que la sociedad trata a hombres y mujeres en la senectud: de una parte reconoce su legado cultural y sus derechos; de otra, prescinde de ellos retirándoles bruscamente del sistema productivo y reduciéndolos a un estado de marginación social, hecho este impensable en sociedades más primitivas donde el rol y el poder de los ancianos era indiscutible. Además la sociedad moderna parece tener menos interés por la experiencia como fuente de saber. Las personas mayores son un fardo pesado para la escasa población activa, un peso muerto para los presupuestos del Estado que tiene que endeudarse para pagar sus pensiones.

### **Escasas investigaciones.**

Esta circunstancia podría explicar en parte un hecho importante en esta temática: el que hace referencia a las escasas investigaciones existentes a este respecto. Hasta tiempos bien recientes la tercera edad no ha sido objeto de atención de los investigadores. Obviamente las cuestiones sexuales serán de las últimas facetas a las que se dedicaran recursos económicos, en el caso de que los hubiere. Como hemos dicho en otro momento (García, 1987) el sexo en los mayores ha sido usualmente escamoteado, injustamente comprendido y su valoración ha estado enormemente condicionada por factores de índole socio-cultural, más que de un conocimiento científico fidedigno y estricto.

La mayor parte de los profesionales que se acercan al estudio de la sexualidad en la vejez, enseguida toman conciencia de la relativa penuria en la que se encuentra la investigación científica en este área (Garay Lillo, 1996), si bien en los últimos años, se han hecho avances importantes en los estudios cuantitativos.

Desde los primeros datos que nos proporcionó Kinsey hasta los más recientes trabajos en nuestro país (Ribera, 1991; Herrero, 1993; Nieto 1995, López, F. 1998; Moiola, 2005) uno de los hechos que se repite con mayor frecuencia parece ser la tendencia a una disminución en la frecuencia de la actividad sexual con la edad, siendo este hecho más acusado en las mujeres que en los hombres.

Otro factor que se repite en estas investigaciones es el relativo a de que la actividad sexual en la vejez está relacionada con diferentes factores entre los que destacarían: Un buen nivel de salud integral, tener una pareja activa sexualmente, una actitud sexual positiva y una historia de actividad sexual frecuente y gratificante.

Lo cierto es que los estudios de los que disponemos, escasos como se ha dicho y con metodologías discutibles, indican que una buena parte de las personas mayores tienen algún tipo de actividad sexual (no estrictamente coital). Un trabajo de Bretschneider y col. descrito por Kaiser, indicaba que el 63% de los hombres y el 30% de las mujeres entre 80 y 102 años, eran activos sexualmente. La actividad sexual más frecuente eran las caricias y tocamientos. El 74% de los hombres y el 42% de las mujeres practicaban la masturbación.

Los trabajos más recientes vienen a indicar además que este grupo es cada vez más numeroso. En la encuesta de Moiola (2005) con mayores sevillanos, se indica que el 39% de las mujeres y el 81,45% mantienen actividad sexual. De estos, el 62,2% de hombres y el 42,45% de las mujeres la consideran placentera; mientras que el 33,9 de las mujeres y el 48,4% de los hombres la valoran como enriquecedora. El trabajo de Corominas (1994) advertía que en el grupo de personas mayores estudiado, hay una etapa “entre los 65 y los 75 años en la cual la frecuencia de las relaciones se incrementa con respecto a la vivida en años anteriores.”

Una encuesta realizada con personas mayores chilenas (Muñoz, 2002) reveló, entre otras cuestiones, que:

- La gran mayoría de los encuestados mantenían relaciones sexuales, con una frecuencia mayor de la esperada.
- La presencia de coito era elevada.
- La mayor parte las considera satisfactorias
- También la mayoría incluye el juego y estimulación previa
- Las relaciones sexuales surgen espontáneamente
- El dialogo y la comunicación con la pareja son importantes en el inicio.
- La valoración de la importancia de la actividad sexual estaba relacionada con la importancia de lograr orgasmo.

Tales hechos obligan a los profesionales de la salud y de la atención a los/as ancianos/as, y también a los familiares, a conocer esta realidad desde enfoques científicos y rigurosos, promoviendo una mejor salud sexual en ese ciclo vital.

Por consiguiente a la luz de los datos disponibles, no hay ninguna razón para seguir considerando la vejez como una etapa en la que el sexo desaparece, muy al contrario, las informaciones científicas y la realidad muestra unos hechos diferentes: la capacidad de disfrutar de la afectividad y de la sexualidad dura toda la vida y, si hay condiciones adecuadas, puede ser un elemento que enriquezca positivamente la vida y las relaciones de las personas mayores.

Para Butler (1986), uno de los especialistas más conocidos en el campo de la divulgación de esta cuestión, el deseo, el placer y la capacidad sexual pueden durar toda la vida y las relaciones pueden desarrollarse y mantenerse con éxito hasta el final. Este hecho es tan evidente que, algunas autoras como Kaplan, (1995) no dudan en afirmar que es insensato y hasta destructivo relegar a las personas mayores y privarles de amar y ser amados en un sentido completo.

Se acepta que la sexualidad, como acontece en otros procesos psicofisiológicos, experimenta modificaciones a lo largo del ciclo vital. Tales cambios son modulados, en algún caso de modo determinante, por factores distintos a los estrictamente orgánicos. (Figuera, 1990). Por otra parte es claro que la variabilidad individual en este campo es una cuestión de gran relevancia.

En síntesis, si el sexo se acaba no es cuestión solo y exclusivamente achacable a la edad. Otros factores como el tipo y la calidad de la relación sexual previa, el hecho de ser hombre o mujer, la salud o la existencia de una pareja accesible son probablemente determinantes. La sexualidad no desaparece ni se pierde con el devenir de los años, lo que ocurre es que adopta formas distintas, se expresa de modo diferente según las personas se van haciendo mayores. Kolodny, Master y Johnson,( 1983) son bien explícitos, cuando afirman que la vejez no disminuye la libido, ni la capacidad orgásmica en las mujeres cuya salud sexual es buena. Si es cierto que se observa una disminución gradual de la frecuencia, del interés sexual y un aumento de las disfunciones sexuales

En este plano de la salud, por ejemplo, se han hecho mejoras importantes, sin embargo, por poner un ejemplo, es infrecuente que en las historias clínicas se incluya un apartado específico sobre la vida sexual y afectiva o que en las consultas sanitarias se interesen por estas cuestiones, suponiendo que este tema no les preocupa o de hablar, se sentirían incómodos, argumentaciones que, con frecuencia, no son sino una proyección de los propios profesionales.

Aunque es justo reconocer que en los últimos 50 años se han observado cambios importantes en otros aspectos de la conducta sexual pero más circunscrita a los jóvenes y a los adultos.

En resumen, podríamos considerar que la sexualidad y la afectividad pueden mantenerse durante la vejez y que la satisfacción sexual no tiene porque disminuir. De hecho diferentes informes y las propias personas mayores informan de que la mayoría de las personas son capaces de tener relaciones y de sentir placer en una amplia gama de actividades eróticas. Incluso se informa de una mejoría en sus vivencias sexuales. Todo ello en razón de que la calidad de la actividad sexual en la vejez, depende más de factores psicológicos y sociales que de la edad, siempre que no existan enfermedades incapacitantes. A nosotros nos parece fundamental poner en cuestión el modelo de sexualidad coital citado, restándole importancia ya que, de ese modo, las vivencias sexuales no tienen porqué sufrir un deterioro significativo en la medida en que, si se aceptan los cambios y la actividad sexual se adapta a los mismos, es probable que lo puede cambiar sean las formas de expresar.

## Nuevos enfoques.

Por fortuna, diferentes profesionales, grupos y determinadas instituciones, se han venido interesando por este tipo de necesidades de las personas mayores en las dos últimas décadas. Hay propuestas de programas de intervención integrales interesantes (Yanguas J. y col. 1995). En realidad todos seremos viejos algún día y a todos nos gustaría que nos trataran con cariño y respeto, pero también con dignidad y justicia ya que las personas mayores, cuando menos, han trabajado para que las nuevas generaciones se beneficien de ese esfuerzo.

¿A que se debe este nuevo interés? Hay algunos factores que han podido favorecer esta nueva manera de ver el problema.

Primero el creciente número de personas que forman parte de ese grupo de viejos. Las sociedades tienen cada vez un mayor número de personas mayores, que viven más tiempo, lo que supone atender a un importante sector de la población, dedicando cuantiosos presupuestos a tal menester. En el libro Blanco de la Dependencia, realizado por el Ministerio de Asuntos Sociales (2005), se señala que el número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando de 3,3 millones en 1970, a 6,6 millones en 2000, advirtiendo que el colectivo de población de 80 años y más, aumentará en los próximos años, estimando que en 2016, el 6.1% de los españoles tendrá más de esa edad.

En el informe “Las personas mayores en España 2004”, publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales, se constata que los españoles mayores de 65 años son ya 7,2 millones, es decir el 17% de la población. El 65% son mujeres. Según Naciones Unidas en 2050 España será el segundo país del mundo más envejecido, después de Japón.

Por otra parte, esta situación tiene que ver con la drástica reducción de la tasa de mortalidad infantil, así como con el descenso de la tasa de natalidad (Valladares J. 1995). Este dato es especialmente importante a efectos de recursos económicos y sociales, por lo que no es raro que los políticos lo tengan en cuenta en sus campañas. Incluso en ocasiones asistimos al bochornoso espectáculo de convertirse en moneda de cambio de las contiendas preelectorales entre partidos.

En segundo lugar, nos encontramos con el hecho de que la esperanza de vida ha aumentado significativamente en las últimas cinco décadas, lo que supone que, cuando hablamos de vejez, no nos estamos refiriendo a un momento corto, ni mucho menos al final de la vida, sino a una etapa importante, tanto en lo que a duración hace referencia, como al número de personas que afecta.

Concretamente la encuesta del INE sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, publicada en 1999, daba una esperanza de vida de 75.3 años para los varones y de 82,3 años para las mujeres españolas. Es obvio que los avances en el terreno de la salud, entendida desde una perspectiva global, han favorecido una mayor esperanza de vida, por lo que cada vez hay más viejos y con mejor salud, calidad de vida y mayor valoración de su tiempo libre.

Las mejoras económicas junto a unas políticas que enfatizan el bienestar social, han permitido dedicar progresivamente presupuestos, aunque siempre insuficientes, para una mayor y mejor atención a los ancianos/as. (Bazo, M. 1995) Este tipo de factores son valorados claramente por ellos/as mismos/as, ya que influyen en su calidad de vida (Martorell, 1994)

No obstante aun quedan lagunas importantes. En el informe “ Las personas mayores en España 2004”, se concluye que los servicios sociales destinados a los mayores de 65 años, son extraordinariamente limitados en España, ya que solo uno de cada 10 dispone de apoyo de estas prestaciones. Por ejemplo, la ayuda a domicilio representa un 3,14%, mientras que se constata que 1 de cada cuatro mayores vive solo y que más de la mitad de las viviendas carece de calefacción. La teleasistencia solo incluye al 2,05%. Por otra parte solo hay una plaza en centro de día por cada 200 ancianos. El informe indica que el gasto en servicios sociales no llega al 0,25% del PIB, cuando debería estar en torno al 1%. Se estiman en 40.000 los mayores que viven en casas ruinosas y 110.000 están en mal estado. Además el 18,8% carece de ascensor.

En ese informe también se pone de relieve una dieta mal equilibrada en los mayores, fruto de los hábitos nutricionales inapropiados adquiridos en edades previas, lo que incrementa el riesgo de que la “la cronicidad de enfermedades motivadas por dietas insanas se arrastre hasta la vejez”. El consumo de alcohol y el hábito de fumar también preocupan a las autoridades del Ministerio de Asuntos Sociales. Uno de cada cuatro mayores declara malo o muy malo, su estado de salud, frente al 40% que lo considera bueno o muy bueno.

Una de cada 10 personas mayores, más mujeres que hombres, está diagnosticada de depresión, aunque la muerte por suicidio y lesiones autoinflingidas son más frecuentes en varones.

La tercera cuestión hace referencia a los avances científicos en diferentes órdenes de la ciencia y, también, en el campo de la sexualidad y de las necesidades afectivo-sexuales, que han contribuido a una mayor valoración de éste área. Veamos algunos aspectos de interés en este apartado, comenzando por los cambios fisiológicos que pueden influir en la vivencia sexual.

## **CAMBIOS FISIOLÓGICOS**

Los cambios biológicos que tienen lugar a lo largo del proceso de envejecimiento no son agudos o abruptos, sino que se van produciendo gradualmente. (Butler, 1988) Por tanto, hablar de una determinada edad como inicio o límite para la vejez, no tiene mucho sentido desde este punto de vista.

Podrían establecerse algunas diferencias entre hombres y mujeres en este ámbito: En los varones las modificaciones tienen lugar de una manera más lenta y gradual que en las mujeres, en las que la tendencia es a una presentación algo diferente, centrada en torno a la menopausia, es decir la cesación de la regla y del ciclo menstrual aunque, como ha señalado Flórez (1992), es mucho antes, hacia los 30-35 años aproximadamente, cuando puede observarse un declive de la capacidad femenina de reproducción y cambios en su fisiología. Las modificaciones femeninas son, probablemente, más conocidas y tienen un soporte terapéutico más ensayado, circunstancias éstas que no se producen en el varón.

También puede hablarse, por ejemplo, del interés que parece estar despertando en algunos sectores de la administración sanitaria creando unidades específicas de menopausia si bien, en su mayoría, tienen un enfoque predominantemente médico.

Como es sabido una de las diferencias relevantes entre hombres y mujeres es la relativa a la reproducción: las mujeres cesan en esta capacidad al llegar la menopausia, mientras que en el varón la capacidad reproductora puede durar toda la vida. Alvarez (1990) ha señalado que a la mujer le afecta más en el ámbito de la reproducción, mientras que al varón parece ser más sensible a la “producción” en el sentido, como veremos luego, de *quedar bien, cumplir....* en el plano sexual.

### **Cambios fisiológicos en la mujer.**

El climaterio se considera una etapa natural que incluye la menopausia como aspecto central. Se inicia con los primeros cambios hormonales y sus efectos (ciclos anovulatorios, desarreglos menstruales...etc.) La menopausia es la desaparición definitiva de la menstruación como consecuencia del agotamiento folicular y, consecuentemente, la pérdida de la actividad en el ovario. Se estima que tan solo el 20% de las mujeres tendrán problemas en el climaterio. (Jiménez, P. y col , 2003)

Este proceso no ocurre bruscamente, sino a lo largo de un periodo variable de mujer a mujer, caracterizado por desarreglos menstruales. La menopausia se confirma al cabo de 1 año sin menstruación. Según la OMS la menopausia suele ocurrir en torno a los 50 años, con un intervalo de +/- 5 años, distinguiendo: premenopausia, perimenopausia, menopausia, postmenopausia establecida. Otros autores (Calaf y col. 1999) distinguen entre menopausia natural, artificial, precoz y tardía)

En la mujer, el climaterio incluye modificaciones sustanciales en el funcionamiento hormonal y cambios funcionales importantes en los órganos y estructuras intervinientes en la reproducción, como por ejemplo:

- Disminución progresiva ritmo ovulación.
- Pérdida progresiva capacidad funcional de los ovarios
- Modificaciones figura corporal
- Disminución gradual del tejido graso pubiano
- Disminución del tamaño del útero, las trompas y del ovario
- Cambios en la elasticidad (menor) del tejido vaginal

- Modificaciones en labios mayores
- Progresiva atrofia de la mucosa de cuello uterino

Para lo que ahora nos ocupa, estos cambios funcionales conllevan una disminución del nivel de estrógenos, que pueden condicionar la respuesta sexual (Butler, 1994), aunque esta influencia puede controlarse a través de otros factores como la propia actividad sexual gratificante. Dicho de otro modo: los cambios a nivel de genitales externos no tienen porque tener una incidencia relevante en la respuesta y en la vivencia sexual.

En realidad, uno de los cambios que más puede observarse es el relativo a las reacciones vaginales, que se manifiesta en la atrofia vaginal (Kolodny, Masters y Johnson, 1983) y en una disminución de la lubricación vaginal, aspecto este último, para el que hay buenas alternativas, bien con ciertas cremas complementarias, bien utilizando estímulos sexuales novedosos, siempre que la mujer acepte esas nuevas modificaciones de manera positiva.

Es importante que las mujeres tomen conciencia, de que la manera de vivir su climaterio no depende solo de las hormonas, del fallo ovárico o de los cambios en la lubricación vaginal. Hay otros muchos factores como la personalidad de la mujer, su educación, su entorno afectivo o laboral, sus circunstancias particulares o sus creencias, que influyen decisivamente en la adaptación a esa etapa de la vida.

Es sabido que una parte muy importante de mujeres (se estima en algo más de la mitad) refieren cambios en su respuesta sexual, tales como la reducción del deseo, disminución del número de relaciones, mayor número de anorgasmia, incremento de las molestias genitales en el coito...etc.

Entre los diferentes especialistas, hay un cierto consenso en el sentido de considerar que una adecuada y satisfactoria actividad sexual, puede reducir determinados efectos de la menopausia, como por ejemplo las molestias vaginales. Como se sabe, los estrógenos estimulan la proliferación de la mucosa (elasticidad, lubricación, acidez, flora...etc) y la progesterona disminuye el espesor de la mucosa y aumenta la descamación de las células superficiales.

Desde esta perspectiva cabría afirmar que la vejez se puede preparar y, consiguientemente, la actividad sexual en la vejez va a estar condicionada también por las vivencias sexuales anteriores. También hay un cierto acuerdo al considerar la importancia de que, la mujer, acepte positivamente los cambios, se adapte a ellos y trate de buscar nuevos recursos que enriquezcan su vida sexual, por ejemplo, cambios concretos en la actividad sexual (lugar, posiciones..) o en técnicas concretas ( pomadas, cremas, estimulaciones...etc.). La aceptación de la propia figura corporal y la autoestima, probablemente, sean elementos fundamentales en este proceso de adaptación.

Entre otros, los autocuidados específicos en la atrofia genital serían , según Jiménez P. y col. 2003: ejercicios de Kegel, relaciones sexuales, masajes eróticos, lubricantes externo antes del coito, micción e higiene tras el coito, higiene genital con jabones neutros, ropa interior de algodón, ingesta abundante de agua – 2 litros día -, ejercicio físico, THS bajo prescripción médica...etc.)

## Cambios fisiológicos en el varón.

Si bien para referirse a esta etapa en el varón se habla de andropausia, síndrome climatérico masculino... (términos que todavía no concitan acuerdos), no hay efectos psicofisiológicos tan claros como en la mujer. Se aceptan determinados cambios hormonales, aunque lo relevante parece estar en los estados emocionales y psicológicos (ansiedad, depresión...).

En el varón como se ha advertido los procesos de envejecimiento no se inician en un momento concreto. Los cambios van progresivamente teniendo lugar a partir de la década de los 30-40 años. Lo que suele denominarse andropausia, vendría a ser una etapa más determinada por factores psicosociales, aunque también hay cambios corporales así como en los órganos genitales: por ejemplo la disminución del tamaño de los testículos, el aumento de tamaño de la próstata, la menor producción de espermatozoides y de peor calidad, o una menor producción hormonal(particularmente testosterona).

En este sentido, desde nuestra perspectiva, la competitividad a la que está sometida el varón, parece obligarle a quitar importancia a estos hechos instándole a que, de existir problemas, no los haga públicos ya que ello es sinónimo de debilidad de miedo...etc. La “menopausia masculina” decía Sheeney es un mundo plagado de secretos, vergüenza y resignación.

Estas preocupaciones hacen referencia a la dificultad de aceptar el envejecimiento, las arrugas, la barriga, agotamiento físico o la calvicie, pero también la idea de haber fracasado, de haber vivido en vano, de darse cuenta de la cortedad de la vida y de la cercanía de la muerte. Una sensación de vértigo sobre el paso de la vida, de desmoronamiento vital. Puede coincidir esta situación con algún que otra experiencia sexual vivida como fracaso.

Un actor de 57 años confesaba que “te sientes separado de la juventud, disminuido en tu fuerza: el sexo no es tan fabuloso como antes y te entran una ganas increíbles de volver atrás en el tiempo”. Sin embargo estas preocupaciones ya se experimentan mucho antes de la llamada vejez. Según Butler (1989) el miedo a perder la capacidad sexual o el atractivo físico es la mayor preocupación con la que comienzan a enfrentarse muchas personas al llegar a los 40 años.

Si es cierto que muchos varones indican que hay efectos en la erección, ya que en su consecución puede haber alguna dificultad, o que esta no es tan rígida como en décadas anteriores. Sin embargo, siempre que no haya factores orgánicos, ni obsesión por el modelo juvenil de coitar, es perfectamente posible que, si ambos lo desean y crean las condiciones adecuadas, pueda haber la suficiente erección como para realizar una penetración vaginal.(García, J.L: 1998)

Parece que en los hombres tiene una mayor trascendencia el hecho de que, a estas edades, se tienda a hacer una especie de balance sobre lo vivido. Con frecuencia, en este balance puede pesar en exceso una cierta frustración, porque ya no se puede deshacer el camino andado, lo que se ha vivido. A menudo algunas personas son muy autoexigentes, con lo que la frustración se incrementa.

Rosalez E. y col. (2000) señalan, refiriéndose al entorno cultural de Colombia, que los estereotipos masculinos entran en conflicto porque los varones no están preparados para afrontar los cambios de la andropausia: “no acepta la disminución de su capacidad sexual, se siente subestimados y se generan conflictos con la pareja”

Desde el punto de vista preventivo y de promoción de salud, se trataría de aprender a ser tolerantes y benevolentes para consigo mismo y, de alguna manera, tratar de estar orgulloso de lo vivido, sea lo que sea.

Por tanto, como hemos señalado si la mujer y el hombre conocen estos cambios, los aceptan positivamente y adaptan sus relaciones a esa nueva situación, probablemente sus relaciones asexuales y afectivas seguirán siendo satisfactorias porque, en términos generales, esos cambios no tienen porque condicionar negativamente la vivencia de la sexualidad.

## **ALGUNOS CAMBIOS IMPORTANTES EN LA RESPUESTA SEXUAL**

Como se ha dicho, la respuesta sexual de las personas mayores además del propio proceso de envejecimiento, está en relación con otros factores como la salud, su personalidad, su autoestima y autoimagen, el tipo y la calidad de la relación en pareja y otros componentes psicológicos. El trabajo de Nieto (1995) con mayores españoles, sugiere la estrecha relación entre la actividad sexual mantenida en la vejez con la ejercida durante la juventud.

La salud, el bienestar y calidad de vida en la vejez es, en buena parte, resultado de la propia vida anterior. Probablemente los cuidados y atenciones respecto a la salud antes de la vejez, se van a ver en esta etapa más que en ninguna otra. Una adecuada salud es un elemento importante a la hora de disfrutar de la sexualidad, aunque sobre este punto es preciso cambiar algunas creencias erróneas, que impiden a ciertas personas no tener relaciones sexuales, aun cuando podrían hacerlo perfectamente. Como ha señalado Maroto (1995) en el caso de los problemas cardiovasculares, en realidad hay una mínima incidencia de complicaciones, incluso en pacientes posinfartados y, si hay un programa de rehabilitación, las relaciones sexuales pueden mejorar.

Bien es verdad que otras personas mayores, por sus problemas de salud, se verán privadas de esta posibilidad ya que ciertas enfermedades, o sus tratamientos, influyen decisivamente en la expresión sexual (Jiménez, 1995; Bohorquez, 1994, 1995) y que, en otros casos, los procesos de envejecimiento van a provocar cambios en el sistema nervioso, que pueden alterar funciones sensoriales, motoras o cognitivas importantes (Adán A. y col. 1996) que pueden comprometer la actividad sexual.

A menudo pueden encontrarse hombres que afirman “querer y no poder”, es decir sentir ganas, experimentar deseo, tener fantasías eróticas, sentirse atraídos con una gran fuerza y energía, circunstancia ésta que no se corresponde luego con la reacción genital esperada. (Bobes J. y col. 2000). Podría decirse que el deseo sexual en la vejez se mantiene mejor que la actividad sexual en los hombres, mientras que en las mujeres hay una disminución en ambos aspectos.

Una buena parte de los varones mayores de 80 años siguen interesados en la sexualidad, pero solo una pequeña proporción según algunos estudios, continua realizando el coito. No obstante las disfunciones sexuales, que parecen incrementarse, pueden ser objeto de tratamiento psicosexual y andrológico.

Como hemos dicho, los procesos de excitación sexual van a cambiar significativamente: las personas se van a excitar de un modo más lento y van a requerir nuevos estímulos y una presentación más constante del estímulo. También la respuesta orgásmica cambia: esta se hace menos intensa y abrupta. Finalmente el llamado periodo refractario va a llegar más pronto y será más largo.

Por otra parte el hecho de estar solos en casa, porque los hijos se han ido, permite tener todo el tiempo y en total intimidad. Como señala Herrera (2003) se cambia el mito del “síndrome del nido vacío” por el de “misión cumplida”.

Estos cambios no tienen porque provocar insatisfacciones destacables, siempre que se conozcan con claridad y se acepten positivamente, antes bien al contrario, algunas parejas mayores han descubierto una sexualidad gratificante al adecuarse estos cambios a sus capacidades. Por ejemplo, el hecho de que la respuesta del varón sea algo más lenta y suave, facilita una mejor interacción con la respuesta de la mujer. Por otra parte como bien han señalado Kolodny, Master y Johnson (1983) muchas mujeres se sienten más interesadas por el sexo en la posmenopausia consecuencia en parte por la tranquilidad ante posibles embarazos.

En resumen, los cambios más relevantes que influyen en la respuesta sexual femenina (menos intensa y más suave) serían:

- Excitación más lenta
- Necesidad de nuevos estímulos
- Disminución lubricación vaginal
- Respuesta orgásmica más suave.
- Menor rigidez en clítoris debido a una menor vasocongestión
- Menor nivel de estrógenos
- Cambios tamaño y elasticidad de vagina
- Menor turgencia en pechos

Entre otros, algunos cambios fisiológicos destacados en la respuesta sexual del varón serían:

- Respuesta de excitación más lenta
- Mayor necesidad de estímulos táctiles directos
- Menor erección y algo más lenta
- Menor elevación testicular
- Intensidad menor en las contracciones orgásmicas
- Mayor duración del periodo refractario posterior
- Pérdida de erección más rápida después de la eyaculación

- Menor cantidad de eyaculado
- Cambios en las sensaciones eyaculatorias

La experiencia clínica en terapia sexual pone de relieve que, la preocupación por la erección (para, luego, "cumplir en el coito") es una de las más destacados para una buena parte de varones, particularmente aquellos que tienen un cierto desconocimiento de estos cambios o siguen pensando en términos de modelo conducta sexual juvenil: preponderancia del coito y, por tanto, de la erección. Como ha dicho Garay Lillo (1996) de manera muy expresiva“, aunque a los hombres les preocupa perder el cabello o echar barriga, lo que temen en la vejez es dejar de funcionar en la cama”

En este sentido la tarea terapéutica incluye, entre otras actuaciones, un aprendizaje distinto, una manera diferente de entender las relaciones sexuales sin presiones ni "metas", basada en las caricias y en tomarse las cosas con más tranquilidad, circunstancia esta favorecida por la propia fisiología masculina: excitación sexual más lenta, menor "urgencia" para eyacular..etc. (Kaiser, 1991; Barcena, 1995)

En el caso del varón, se requiere una mayor estimulación directa para alcanzar la erección, puede haber una menor sensación en la eyaculación, menor cantidad de eyaculado, mayor duración del periodo refractario...etc, pero no puede significar, de ninguna manera, una incapacidad para desarrollar conductas sexuales. Es común que la erección no sea tan rígida, hecho que preocupa a muchos hombres. Sin embargo hay que repetir que esa pérdida no supone, en modo alguno, incapacidad para el coito.

La necesidad de una mayor estimulación se relaciona, según Mulligan (1998), con una disminución gradual de la velocidad de conducción nerviosa y una pérdida asociada de la sensación vibratoria a nivel del pene, manifestándose no solo como una disminución de la sensibilidad peneana, sino también como una lentitud en el tiempo de respuesta a los estímulos.

Es muy importante señalar que, como criterio general, es necesario acariciar directamente los genitales del varón para obtener una adecuada erección. Esto es absolutamente normal y necesario.

Es conveniente insistir en que la actividad sexual no significa necesariamente actividad coital. En este momento de la vida, ciertas necesidades afectivas y sexuales, pueden cubrirse con una actividad sexual que no siempre incluye el coito.

Bien es verdad que las disfunciones sexuales pueden presentarse con mayor frecuencia, asociada a enfermedades, consumo de fármacos y a los factores psicosociales que se han venido señalando. Con todo habrá de darse una respuesta terapéutica adecuada a estos problemas. ( Bohorquez, 1994; Maroto, 1995; Barcena, 1995)

De ahí que los cambios fisiológicos podrían afectar más al varón (fundamentalmente por esa mayor asunción del modelo coital) que a la mujer, mientras que esta puede ser más vulnerable a las influencias morales y los valores sociales en torno a la sexualidad de las mujeres mayores. Un estudio de Martorell (1994) sobre la calidad de vida de los ancianos, revelaba que a los varones les preocupaban más los aspectos de salud físicos, mientras que las mujeres perciben más las cuestiones de tipo psicológico y social.

Por otra parte y como se ha advertido, el culto al cuerpo, a la estética juvenil es tan fuerte y existe tanta presión social, que puede ocurrir que los mayores se sientan marginados de ese grupo, consideren anormal sus propias necesidades sexuales o vivan con culpabilidad sus deseos y sensaciones.

En cualquier caso, la conclusión de este apartado sería, que los cambios fisiológicos no tienen porqué anular las capacidades sexuales ni mucho menos. Disfrutar del sexo y del afecto en la vejez, no tiene porqué estar relacionado necesariamente con el número de coitos o con mantener un nivel determinado de erección. Probablemente una de las claves de la satisfacción sexual en esta etapa, pueda ser la calidad de las relaciones que se mantienen. En este sentido vamos a dedicar unos minutos a un tema crucial: la pérdida del compañero/a.

### **La pérdida del compañero.**

Se ha señalado que la existencia de una pareja activa o accesible a las demandas sexuales, es un factor determinante a la hora de desarrollar una vida sexual y afectiva satisfactoria. De ahí que la muerte del compañero/a, la separación o una enfermedad crónica grave, supone en buena medida el fin o al menos una parada en las relaciones sexuales. Esta inactividad, parece ser un factor destacado en la dificultad para recuperar posteriormente la función sexual, excepto que haya alguna otra práctica sexual, tanto en el plano fisiológico como en el de la relación, (si la relación anterior fue placentera puede pensarse que será muy difícil repetirlo).

Como hemos dicho en otro momento (García., J.L. 1988; 1997), después de la separación cuesta mucho volver a iniciar relaciones porque las habilidades de relación se han perdido. Si los vínculos han sido muy estrechos es probable que nos encontremos con un cuadro depresivo del cónyuge que se queda, en el que no sea raro encontrar deseos de acompañar al fallecido o sentimientos de culpa por estar vivo. En este contexto es difícil considerar la posibilidad de una nueva relación afectivo-sexual a corto plazo.

Esta situación afecta más aún a las mujeres, primero porque son más numerosas y, por tanto, tienen menos probabilidad de encontrar pareja y, segundo, porque socialmente no es del todo aceptable, en particular en ciertos grupos sociales, que la mujer pueda tener nuevas posibilidades de relación sexual. Un trabajo de Duke señalaba que el 90% de las mujeres que enviudaban cesaban en sus relaciones sexuales (Aiken ,1995). Es preciso capacitar a nuestros mayores a aceptar la pérdida, afrontar el inevitable duelo y coger fuerzas para continuar el camino de la vida y, tal vez, más tarde, comenzar a plantearse buscar a otra persona para andar en compañía ese camino.

Si la sociedad no parece ser muy tolerante ante este tipo de hechos, no lo son más los propios familiares, incluso los propios compañeros/as ancianos en las residencias. Da la impresión de que existe una especie de confabulación contra la libertad de opción sexual y el derecho a vivir y expresar las necesidades afectivo-sexuales. En las residencias no es raro que los compañeros/as sean los primeros censores. R López (1995) ha señalado lucidamente este extremo cuando afirma que prácticamente la totalidad de las ancianas que residen en centros residenciales no consideran decentes sus vestidos si tienen un escote que baje más de dos o tres dedos de la base del cuello, o que no cubra los brazos hasta el codo por lo menos, o que no desciende más allá de lo justo para cubrir las rodillas. No son decorosos los vestidos de telas transparentes, ni las medias de color carne, que dan la impresión de dejar las piernas al descubierto.

Los hijos/as, sobre todo cuando viven en la misma casa, no suelen tener actitudes favorables a que el padre o la madre puedan tener un compañero/a ocasional. Entre otras se han señalado las siguientes razones: considerarlo moralmente inapropiado, creencia de que así se evitan conflictos de pareja, temor a perder la herencia, comodidad para no tener complicaciones.....cuando en realidad les resulta difícil plantearse el hecho contrario, es decir que en esa situación de pérdida y soledad es probable que necesiten más ayuda y apoyo afectivo. Como ha dicho Jiménez F (1995) los amores otoñales son remedios contra la soledad, la afeción más frecuente y dura que sufren los ancianos.

Vivir con los familiares o en instituciones después de la muerte del cónyuge supone una importante pérdida de intimidad. Es infrecuente encontrar residencias de ancianos, en las que se facilitan los espacios y las condiciones de privacidad e intimidad para que puedan expresarse y, si lo estiman oportuno, tener la posibilidad de visitas. En algunos casos, incluso, han sido víctimas de abuso sexual y de diferentes formas de maltrato (Lázaro, 1995).

Por fortuna, la mayoría de las residencias para ancianos ya no se parecen a aquellas que escribía S. de Beauvoir (1989) en los años 50-60 en Francia: El 45% de los ancianos morían en los 6 primeros meses y los que resistían se volvían rápidamente seniles o alcohólicos, aunque en ocasiones la prensa nos obsequia con experiencias dramáticas en “residencias-mazmorras”.

En este sentido tanto los profesionales que atienden a los ancianos, como los familiares directos, tal vez debieran hacer un esfuerzo en reconocer las necesidades afectivo-sexuales de estas personas, y mantener el equilibrio entre sus derechos y su intimidad y dignidad, así como con los derechos de los otros miembros de la colectividad (en el caso de instituciones) o con los otros miembros de la familia.

En resumen, los conocimientos disponibles sobre los cambios psicofisiológicos tanto en el hombre como en la mujer, no justifican una disminución significativa de la actividad sexual en la satisfacción, si bien razonablemente la frecuencia puede disminuir.

Probablemente aquellas personas que creen esto y que además tratan de adaptarse a los cambios, pueden disfrutar de sus relaciones porque se encuentran en una nueva situación que puede resultar más favorable si cabe para la practica relajada y gratificante de la comunicación erótico-sexual ( más tiempo libre, no hay miedo a embarazo, menos urgencia por eyacular...etc.)

## **Reconocimiento de la sexualidad en la vejez**

La Sexología viene a decirnos que, en cualquier edad de la vida, pero especialmente en la vejez, el placer del contacto corporal, de las expresiones afectivas, de la ternura, y de la satisfacción sexual, no tiene que estar necesariamente relacionado con el coito o con la erección, sino fundamentalmente con el tipo y la calidad de las relaciones que se establecen. Además en determinados casos, el uso de fármacos vasoactivos puede contribuir a una mejora de la actividad sexual.

En la vejez podemos encontrarnos con una sexualidad menos apasionada pero más tierna, menos impulsiva pero más relajada, menos preocupada por la cantidad y más por la calidad. Por tanto, probablemente entendamos mejor la sexualidad en la vejez , si aceptamos la variabilidad de sus manifestaciones como uno de los elementos destacados.

Tal vez estemos lejos de esa situación porque, vamos a ver ¿Qué alternativas le ofrece la sociedad a la persona mayor para que pueda vivir y disfrutar de su sexualidad? Probablemente muy pocas si nos referimos a aquellos que viven en residencias, con sus hijos/as o se encuentran solos/as, cuando lo cierto es que todas las personas tenemos necesidades afectivo-sexuales y de relaciones: necesitamos sentirnos seguros emocionalmente, tener amigos/as que nos quieran, nos estimen y también necesidad de sentir sentimientos y sensaciones placenteras y gratificantes a través de las caricias y del contacto piel a piel.

El amor en las personas mayores suele ser vivido de manera diferente que en otros momentos anteriores. Algunas personas experimentan unas emociones fuertes y sienten unas sensaciones tan maravillosas que ellos/as mismos/as acaban sorprendiéndose. Sus cuerpos están vivos.

¡Cómo van a aceptar, entonces, ese mito tan extendido de que en la vejez no hay vida sexual! Que disfrutar del cuerpo y de las caricias tiernas y amorosas es un privilegio de los jóvenes. ¡Cómo van a despreciar sus necesidades de afecto, de contacto que salen por todos los poros de su piel!

Por ello, es difícil aceptar que estos sentimientos y deseos, sean calificados como propios de "viejos verdes". A las mujeres ni siquiera eso La dureza de la sociedad adquiere, cuando de sexualidad en los mayores se trata, unos limites inaceptables. A muchos mayores les resulta difícil comprender que la vida sexual sea solo un privilegio de los jóvenes, o que hacer el amor tenga que ser necesariamente hacer el coito.

Es preciso reivindicar este derecho humano. En las residencias, en las propias viviendas, en las de los hijos, en la sociedad. Hay un legítimo derecho a desarrollar todas las capacidades. También la sexual. No es justo anular esa dimensión.

Sería deseable que la sociedad tomara conciencia de estas necesidades. Ayudarles a que tengan la valentía de expresar y desarrollar sus sentimientos. A que, si lo desean, se arriesguen a encontrar a una persona que busque lo mismo y que ambos descubran, en el otoño de la vida, su sexualidad.

Como puede verse queda mucho por hacer en este terreno. Uno de los primeros elementos que habrá de abordarse es el relativo a los conocimientos que se tienen en torno a los procesos de envejecimiento y los cambios que tienen lugar, transmitiéndoselos a los propios ancianos/as de manera eficaz. Existe no poca ignorancia que condiciona la vivencia sexual. Más adelante señalaremos brevemente algunos aspectos sobre este punto.

¿Se puede prever la vida sexual en la llamada tercera edad? No está del todo claro, pero hay algunos factores que parecen ser buenos predictores. Un primer apartado podría considerar tres elementos: la existencia de actividad sexual gratificante previa, tener pareja y tener una adecuada comunicación con la pareja. Un segundo bloque de factores incluiría cuestiones como la salud (que tiene que ver con la historia de salud previa) y otras cuestiones vinculadas a la salud: consumo de alcohol, tabaco, fármacos... dieta y alimentación adecuada y un nivel de actividad física razonable y adaptada.

Un tercer bloque incluiría un extenso listado de variables y factores propios de esa generación que, seguramente acaban influyendo en la vivencia sexual. Entre otros destacaríamos el hecho de haber nacido en la post-guerra con lo que ello significa de represión y necesidades; de trabajo y ahorro, de haber recibido una educación sexual muy restrictiva y con actitudes negativas, de haber tenido poca actividad sexual centrada en los valores masculinos y coitales, y con unos valores y creencias sociales negadoras de la sexualidad de las personas mayores, personificados en los propios hijos/as y en los profesionales de las residencias.

Es indudable que los cambios fisiológicos van a condicionar diferentes conductas, pero probablemente no son determinantes. Hay un cierto consenso entre los diferentes especialistas en que la importancia de los factores psicosociales parecen ser muy relevantes. Si bien los datos indican que, en la década de los 50, parece observarse una menor frecuencia de actividad sexual, la mayoría de las personas mayores, más los hombres que las mujeres, mantienen actividades sexuales hasta edades avanzadas (En el estudio de Nieto de 1995, el 53% consideran que “los hombres a cualquier edad solo quieren sexo”)

Inicialmente no hay razones para considerar que el placer y la satisfacción sexual tengan que disminuir ya que, como se ha advertido, las dos modificaciones más importantes son: en la mujer los referidos a la cambios vaginales y en el varón,

los que conciernen a la capacidad erectiva, si bien el resultado de la erección va a depender, probablemente más, de la mayor o menor interiorización del modelo juvenil coital.

Las personas mayores son conscientes de estos cambios. En el estudio de Nieto (1995) se señala que “la idea de que con los años desaparecerán las ganas de tener relaciones sexuales, en su versión general y en su aplicación exclusivamente masculina, está aceptada por más de la mitad de la muestra”. Por otra parte, en el estudio se advierte que la afirmación “con los años la cosa del sexo baja mucho” es suscrita por cerca del 90% de los encuestados. Así mismo se indica que algo más de la mitad de la muestra, considera que con los años, también a los hombres se les acaban las ganas. El autor señala una significativa diferencia entre las actitudes de hombres y mujeres, siendo las mujeres más negativas manteniendo con mayor frecuencia los estereotipos sobre virilidad y comportamiento masculino. Para Moioli (2005) la renuncia a la vida sexual es más común entre las mujeres viudas. Parece conveniente añadir que la sexualidad de la mujer mayor va a estar más en función de los deseos de su compañero que de los suyos propios.

Es preciso un nuevo modelo de sexualidad en la vejez, más respetuoso con las necesidades y derechos de las personas mayores, fundamentado en los avances científicos y menos en creencias atávicas. Porque, a decir verdad, hay ciertas condiciones propias de la sexualidad de esta etapa que pueden enriquecer aun más si cabe la experiencia sexual. Entre otros destacaríamos como factores internos: mejores condiciones ecológicas, nivel de vida, y una progresiva mejora en la valoración de la sexualidad a estas edades; y como factores más internos: los cambios en los roles y una mayor flexibilización en los mismos, en particular en los hombres, menor necesidad de eyacular y mayor control eyaculatorio, mayor lentitud en la excitación mayor interés por el contacto corporal.

A este respecto, Rosalez E. y col. (2000) señalan algunos cambios en valores y en la conducta afectiva en los varones “a los que durante su juventud les restó importancia, como la ternura, la comunicación, el preocuparse ahora por el disfrute y satisfacción de la pareja”.

## **A MODO DE PROPUESTA FINAL**

A la luz de lo expuesto hasta el momento, queda clara la pertinencia de una adecuada información-formación sobre estos cambios de tan importante trascendencia en la vida de las personas mayores, tanto para ellas mismas, como para los profesionales que les atienden, así como sus familiares.

Las ventajas del conocimiento acerca de estos hechos en esta etapa de la vida, aunque obvias, preciso es recordarlas: En primer lugar va a evitar o al menos poner en cuestión mitos y creencias erróneas o interpretaciones falsas sobre esos hechos; en segundo lugar, el conocimiento permitirá una respuesta adaptativa a esos cambios y, finalmente, va a contribuir a crear las condiciones para que sea posible un mejor nivel de salud afectivo-sexual.

Consiguientemente un mayor y mejor conocimiento de lo que, en realidad, va a pasar o está pasando, va a permitir una adaptación racional que evitará sufrimientos y angustias innecesarias, requisito por otra parte elemental para un mantenimiento satisfactorio de la función sexual a lo largo del tiempo

Existen numerosas creencias erróneas que es preciso poner en cuestión por el sufrimiento que ocasionan. Entre otras destacaríamos:

1. Es de mala educación que las personas mayores se interesen por cuestiones como el ligue o los bailes.
2. Es de muy mal gusto que las personas mayores expresen en público manifestaciones de afecto y deseo.
3. Las personas mayores no tienen inquietudes sexuales.
4. El deseo sexual se acaba con la menopausia
5. Cuando hay interés sexual en la vejez este es patológico
6. Las relaciones sexuales son perjudiciales para la salud
7. Es normal que los hombres mayores tengan deseos sexuales, no así las mujeres.

Tal vez disponer de más información no va a ser suficiente. Es preciso un trabajo concreto en la modificación de actitudes sexuales con un enfoque positivo ante la sexualidad de ahí la conveniencia de trabajar en grupos, planificando y diseñando los objetivos en las intervenciones educativas. Debemos tratar en lo posible, sino de que desaparezca, si al menos de disminuir el sentimiento de culpa asociado a las practicas sexuales, por parte de algunos ancianos y ancianas.

Ahora bien, estamos hablando de un grupo de hombres y mujeres nacidos en las dos o tres primeras décadas de este siglo, que han sufrido en propia carne los efectos devastadores de la guerra civil española: aislamiento, trabajo duro, y en muchos casos persecución ideológica. En décadas posteriores, en plena dictadura franquista, educados con una valores negadores de la sexualidad, en el silencio y el oscurantismo hacia el sexo y en una visión profundamente represiva de la sexualidad, toda vez que constreñida al coito reproductor, dentro claro está de unas relaciones heterosexuales, en las que hay un predominio del varón, y en el marco de la institución matrimonial debidamente reglamentada por los poderes dominantes.

Se comprenderá que una actitud ante la sexualidad aprendida en ese contexto cultural de prohibición, que por otra parte choca radicalmente con los valores propuestos en la sociedad consumista actual, va a generar ideas negativas hacia las practicas sexuales que se den con una perspectiva de comunicación-diversión. Probablemente este factor sea uno de los que más contribuya a mantener una situación de negación de las necesidades afectivo-sexuales.

Es preciso un cambio en el modelo dominante de conducta sexual: El coito no debe ser el elemento central a partir del cual gira toda la relación sexual. Probablemente la comunicación sensual, la ternura y el afecto, las caricias y los juegos sin prisas, presiones o agobios, sean la clave en la que se articule una nueva manera de acercarse al sexo en la vejez.

La comunicación afectiva y tierna, el contacto corporal, una mayor intimidad en los sentimientos y emociones, masturbación mutua, nuevas formas de estimulación...etc., pueden ser aspectos a redescubrir en este momento. Se sabe, por ejemplo, que un importante grupo de ancianos y ancianas tienen un comportamiento masturbatorio, en particular cuando hay ausencia de relaciones de pareja aunque no es la única variable a considerar. En todo caso la masturbación puede ser una alternativa satisfactoria.

Como se ha advertido con anterioridad, lo que ocurra en la vejez puede ir configurándose desde mucho antes y depende, en buena medida, de cada cual. Se acepta que la calidad de las relaciones sexuales a lo largo de la vida es, seguramente, uno de los mejores predictores de la sexualidad en la vejez: aquellos sujetos que han tenido una vida sexual activa y gratificante, tienen una elevada probabilidad de que mantengan ese nivel de satisfacción de viejos/as. Otro aspecto no tan estudiado, pero no por ello menos importante, es el relacionado con la autoestima y la autoimagen: aquellos sujetos con un elevado nivel de autoestima y una imagen positiva de sí mismos, parecen tener una mayor probabilidad de satisfacción sexual.

## Una propuesta de trabajo

En el tema que nos ocupa, podemos resaltar el conocido dicho de que ser viejo no significa sentirse viejo. Dice Alvarez (1996) que “si uno se siente viejo algo no ha marchado bien en la vida, no en nuestro cuerpo, sino en las emociones”

Invito a pensar en como nos gustaría que la sociedad nos tratara cuando, mas temprano que tarde, formemos parte de ese grupo de personas mayores. Probablemente ya podamos hacer algunas cosas y, en todo caso, de los esfuerzos que se vayan haciendo en esa dirección, se beneficiaran generaciones futuras. Invito a que vayamos preparando entre todos una vejez más digna. Parece justo que respetemos sus derechos al igual que nosotros queremos que se respeten los nuestros. Habrán de hacerse cuantos esfuerzos sean precisos para mantener el equilibrio entre los derechos de las personas mayores, su intimidad y su dignidad.

Nos encontramos con un reto muy importante: una generación de personas mayores que está revolucionando el propio concepto de vejez existente en nuestra sociedad. Tanto la sociedad como el grupo de mayores requieren una cierta capacitación para estos nuevos cambios sociales y también cierta comprensión en el proceso.

Se hace preciso un cambio de actitud social hacia la vejez y hacia las necesidades afectivo-sexuales de los hombres y mujeres mayores. Todos podemos y debemos contribuir a ese cambio. En la consecución de ese cambio, probablemente la educación sea un elemento determinante.

Nuestra experiencia en el ámbito clínico y docente nos lleva a considerar una primera medida que, según lo visto, sería la formación de los propios mayores y en segundo lugar la formación de los profesionales que les atienden así como de sus familiares en el caso de que convivan con ellos.

Es preciso hablar sobre este tema, porque el silencio y el pudor que ha recubierto la sexualidad de las personas mayores, lo han hecho inabordable. La organización concreta puede hacerse en la propia institución donde esté el mayor o, si vive con los familiares, a través de los Servicios Sociales del Barrio o de los Centros culturales existentes, traduciéndose en programas de intervención de duración, contenidos y metodología variable y a consensuar entre los implicados..

Por tanto, el primero que necesita formación es la propia persona mayor. De ahí que sea preciso organizar cursos específicos para los propios ancianos que, además de los conocimientos que se le ofrezcan acerca de los cambios biológicos y psicológicos que acontecen en esos momentos, se reconozcan a si mismos/as como sujetos sexuados, con necesidades afectivas y sexuales y se les dote de habilidades de relación, en un plan de trabajo que incluya las actitudes y los modelos de conducta tal y como hemos dicho líneas atrás. Existe la creencia de que las personas mayores son inflexibles e incapaces de cambiar, sin embargo los cambios son posibles a todas las edades.

En los últimos años hemos venido realizando diferentes programas educativos para jóvenes y adultos, diseñando cursos concretos donde se desarrollan habilidades de relación interpersonal y de ligue, así como estrategias para mantener una armonía en la pareja. Estos cursos que hemos denominado “QUIERO LIGAR CONTIGO” pueden ser perfectamente adaptados a grupos de personas mayores.

Proponemos enseñar a las personas mayores a mantener o crear en su caso nuevas relaciones, nuevos vínculos afectivos, estimulándoles a que se arriesguen a tener relaciones de amistad, que formen parte de nuevos grupos...etc. Que sean capaces de expresar, pedir o proponer demandas concretas de relación. Inclusive un aprendizaje que tal vez no se hayan planteado algunas parejas: ser capaces de hablar de sexualidad. La experiencia viene a corroborar el hecho de que un importante número de viejos y viejas tienen un gran interés por actividades de grupo, relaciones diversas, bailes, viajes...etc.

La jubilación ocasiona estragos en aquellos sujetos que, lo que más han hecho en su vida, ha sido trabajar. La identidad que ofrece la ocupación y el sueldo desaparece. El sujeto parece perder su lugar en la sociedad. Es preciso que estas personas aprendan a disfrutar del tiempo libre y de nuevas relaciones fuera del ámbito laboral.

Valladares (1995) ha llamado a la jubilación el portón donde se ingresa a la condición de muertos sociales, un rito de paso hacia ninguna parte. Verse precipitado de la categoría de activo a la de pasivo, de sufrir una reducción brutal de los recursos y del nivel de vida...etc., puede ser un drama que acarrea graves consecuencias sobre todo para el varón.

En el caso de la mujer aunque no lo parezca, puede darse una problemática particular como ya se ha advertido. La vida de muchas de ellas, ha estado en buena parte organizada en torno a los cuidados para otros/as. Cuando los hijos se van, aparecen nuevos sentimientos y alguna que otra laguna, de ahí que no sea fácil ocuparse de una misma cuando se ha aprendido, sobre todo, a ocuparse de los demás.

El hecho de que haya muchas personas mayores con importantes pérdidas de vínculos afectivos (tanto individuales como sociales), así como la actitud de rechazo hacia la sexualidad de los mayores, obstaculiza el que satisfagan sus necesidades emocionales y afectivas. Es preciso intervenir en estos casos, favoreciendo la creación de nuevos vínculos.

En estos cursos hemos de incluir contenidos que interesen a los mayores. Por ejemplo, trabajar cuestiones tales como la belleza, el cuerpo, los valores estéticos...etc. pero teniendo en cuenta los inevitables procesos de envejecimiento. En ocasiones, ciertas intervenciones quirúrgicas (generales o más específicas como por ejemplo las derivadas de un cáncer de pecho) provocan sentimientos negativos muy importantes en mujeres (Butler, 1994) Nuestra sociedad tiene un listón muy alto en lo que a belleza se refiere, y la moda o la propaganda no hacen sino reforzarlo cotidianamente. Este modelo identifica a la persona mayor como fea y es habitual que ellos mismos se sientan así mismos/as como feos/as y poco deseables. Esta circunstancia afecta mucho más a la mujer, a la que la sociedad le presiona extraordinariamente para "luchar contra la vejez", maltratando su cuerpo con duras dietas e invirtiendo cuantiosas sumas de dinero en cosméticos y tratamientos de estética.

De ahí que la utilización de recursos didácticos y materiales audiovisuales sea de gran interés en este tipo de actividades. Nosotros hemos realizado un vídeo titulado "La erótica del otoño", que nos es de gran utilidad para plantear debates sobre este punto.

Se da la paradoja de que el mismo rasgo, puede ser valorado de forma distinta para hombres y mujeres: las arrugas o el pelo canoso, es un signo de vejez para la mujer mientras que para el hombre puede ser "atractivo". Si antes hemos dicho que el hombre es más vulnerable ante la presión por "cumplir", con el resultado, la mujer es más vulnerable ante su aspecto físico y su atractivo sexual. El envejecimiento es para algunas mujeres el fin de sus cualidades: la belleza, la juventud y la maternidad, tres aspectos en los que no tiene éxito por lo que "ya no sirve para nada". El valor a transmitir aquí será el que una persona es valiosa por como es ella, por lo que ha vivido, no tanto por su aspecto físico externo.

Sería muy deseable complementar estos programas con otros más amplios de cuidado del cuerpo: alimentación, ejercicio físico y rehabilitación, es decir un estilo de vida saludable.

No se trata de ofrecer a las personas mayores el mismo modelo juvenil predominante en nuestra sociedad, sino a animarles a que busquen el suyo en un contexto algo diferente, centrado en el afecto y la sensualidad: disfrutar de las caricias, del contacto corporal y de la comunicación, de dar y recibir cariño, de querer y de sentirse querido. Todo ello puede ser muy excitante y placentero. De hecho lo es para muchos viejos y viejas, por lo que es inadmisibles pensar que la vejez es una etapa de involución de la sexualidad.

Las personas mayores deben saber que los procesos de envejecimiento no justifican, por si solos, una disminución brusca de la sexualidad, ni mucho menos una anulación de la misma. Es fundamental que acepten positivamente los procesos de envejecimiento y se adapten a ellos de manera saludable y optimista. Cuestiones tales como el deseo, la atracción, la autoimagen sexual, la capacidad de amar y de enamorarse...etc., no se acaban a determinada edad, sino que dependen de factores muy diversos entre otros la propia individualidad y la propia historia personal.

Hemos de transmitir una idea positiva de estos cambios a nuestros mayores: el hecho de que haya menor excitación sexual, que esta sea más suave, que haya también menos presión por eyacular y que tanto a hombres como mujeres les gusten las caricias y los juegos, abandonarse a la ternura, toda vez que el hecho de disponer de mucho tiempo libre, puede permitirles una vivencia sexual desconocida hasta ese momento.

Antonio Gala, con esa extraordinaria lucidez que le caracteriza, ha dicho que en esta etapa la comunicación va a ser más fácil, más fértil y va a verse menos interrumpida por las briosas e insistentes llamadas al sexo juvenil. Sin embargo, a su juicio, “hay que adaptarse al nuevo concepto de felicidad, también de la física: al placer que proporciona el lento y bien saboreado contacto corporal; a valorar, más que la triunfante penetración, la gustosa compenetración; más que la posesión a sangre y fuego, las demoradas caricias tan sabiamente deleitosas”.

Una adecuada preparación a estos cambios, no solo no es recomendable, sino que puede ser la plataforma adecuada para vivir otra manera distinta su sexualidad, lejos ya del miedo a los embarazos no deseados, de un deseo menos agobiante y de una mayor lentitud y tranquilidad en la respuesta sexual. Algo así como una revalorización de su vida sexual.

Es sabido que uno de los mayores rechazos a que las personas mayores tengan actividad sexual viene, a menudo, por parte de los hijos/as y familiares que tienden a negar la sexualidad de sus padres, así como de los responsables de instituciones en donde viven, por lo que los programas de formación deben incluirles.

En las instituciones habrán de consensuarse diferentes medidas de promoción de la salud afectivo-sexual, entre las que sugerimos las siguientes:

1. El que cada persona disponga de su intimidad
2. Respeto a la libertad sexual de cada persona
3. Garantizar la privacidad en las habitaciones
4. Respetar el derecho a compartir habitación, si así lo desean las personas implicadas, facilitando esa posibilidad desde el punto de vista de recursos.
5. Facilitar el establecimiento de relaciones a través de actividades lúdicas (bailes, viajes...etc.) tanto dentro de la institución como entre instituciones.
6. Disponer de profesionales que puedan informar adecuadamente y asesorar individualmente o en pareja en esta materia, a lo viejos y viejas que lo deseen. (Lo Piccolo, 1991; Chantada, V. 1995).
7. Favorecer el estudio y la investigación en este campo, con permiso de los propios ancianos y ancianas.

El capítulo que concierne a la intimidad nos parece especialmente importante, como ha señalado López R.( 1995), por lo que es preciso que adquiera un pleno reconocimiento aun cuando no hace referencia solo al sexo, si bien la intimidad facilita una vivencia libre de la sexualidad en un clima de respeto a la libertad individual.

La formación debe continuar en la sociedad, tarea esta más difícil y compleja pero no por ello imposible, a través de campañas específicas de sensibilización con objetivos generales y de consecución a largo plazo. Estas actuaciones deben abarcar otras muchas medidas, valientes e imaginativas, como por ejemplo la inclusión en los programas de educación sexual escolar, de unidades específicas sobre la sexualidad y la afectividad en la vejez.

Los profesionales también necesitan formación (García, J.L. 1987) Particularmente los profesionales de la salud como ha señalado Conrad J. (1995), en un estudio realizado con personal sanitario, siendo la educación sexual un objetivo destacado de esa formación. Lamentablemente en nuestro país la carencia de formación específica en éste área, es un mal endémico de los estudios universitarios. En otros países, algunos autores han indicado que no se observan cambios significativos en la formación de profesionales y que la situación está un tanto estancada (Karlen A. 1995). Contenidos específicos sobre la sexualidad en la vejez, con un enfoque científico, extenso y profundo habrían de ser incorporados en el curriculum universitario de los profesionales de las Ciencias Humanas, siendo un tema de formación central en los programas de postgrado, Masters, doctorado...etc. sobre la tercera edad.

Quisiéramos finalizar nuestra exposición enfatizando el hecho de que las personas mayores tienen el derecho a disfrutar de los placeres que les depara ese otoño de la vida. Como ellos y ellas deseen, pero que no se vean obligados a comprar amores mercenarios como único recurso, a vivir clandestinamente algo saludable y legítimo o a renunciar definitivamente a sentirse deseados o a desear a otras personas.

La injusticia de nuestra sociedad en este terreno es extraordinaria en contra los deseos de las personas mayores que impregnan todos los poros de su piel. Contra una ley natural como pocas: la vida afectiva y sexual en las personas mayores es saludable, necesaria y beneficiosa.

Los/as mayores tienen sexualidad. Su sexualidad. Su deseo y su placer. Diferente al de un joven. Menos apasionada pero más tierna. Menos impulsiva pero más relajada. Menos preocupada por la cantidad pero si por la calidad.

Pensamos que una vida sexual activa y satisfactoria en la vejez es un buen síntoma de salud y bienestar. El impedir o coartar esta capacidad no hace sino aumentar el sufrimiento y la soledad a las que ya de por sí, nuestra sociedad competitiva tiende a condenar a las personas mayores, acelerando el proceso de envejecimiento y acercándoles a la muerte.

## DECALOGO DE LOS DERECHOS DE LA VEJEZ

Para finalizar esta aproximación a la sexualidad en la vejez, he creído oportuno transcribir la aportación de Alonso Acuña, un sexólogo chileno, que publicó en 1984, (hace más de 20 años) en su libro “ Sexo y edad: de la madurez a la vejez”, el siguiente decálogo:

- 1. El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que estoy en capacidad de tomar.*
- 2. Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad. Es una faceta vital que varía con cada persona.*
- 3. Tengo el mismo deseo y derecho a recibir y dar caricias tal y como sucedía en mi niñez y juventud.*
- 4. Estoy en capacidad de expresar sanamente el afecto hacia las personas que me atraen.*
- 5. Puedo constituir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad.*
- 6. Soy capaz de trabajar, de producir, hacer deporte y divertirme. Mi situación de retiro o pensión no me lo impide, antes bien lo facilita.*
- 7. Como persona mayor puedo tener el don de lo elemental, como sucede en la niñez. Soy capaz de gozar de la transparencia del aire, del aroma de la flor, el color de las mariposas, el roce de una mano amiga, la ternura de una caricia, el murmullo de un manantial. Cada vez más en virtud de mi experiencia.*
- 8. Me aferro a la vida porque sé de su valor y percibo el placer de vivirla, aunque en ocasiones disfrute en la soledad de mis recuerdos y parezca persona huraña.*
- 9. Tengo derecho a cuidar y mejorar mi imagen exterior, a transmitir a los demás la belleza interior que brota de mi cuerpo y gozar de toda clase de sensaciones que de él provengan.*
- 10. El llegar a la vejez significa que he sobrevivido y triunfado sobre la enfermedad y la muerte. Puedo transmitir con orgullo estas ideas a mis hijos, nietos y amigos, para que a su vez si ellos logran alcanzar la vejez, tengan entonces el privilegio de transmitir las, a sus nietos, hijos y amigos.*

Alonso Acuña, 1984

## BIBLIOGRAFÍA

- ADAN, A. y col (1996) Cambios neurobiológicos y cognitivos en el envejecimiento. Ger. Press. 40: 1-3
- ALBA V. (1992) Historia social de la vejez. Barcelona: Laertes
- ALVAREZ PERELLO E.A. (1986) La amistad en la edad avanzada. Geriatrika 12 (6):50-52
- ALVAREZ E. (1990) Psicosexualidad en el anciano. Rol 138: 57-61
- ARANGUREN, J.L.(1992) La vejez como autorealización personal y social. Madrid: Inserso.
- AVENI, C. y col (1989) Afectividad y sexualidad en la ancianidad. Barcelona: Fundación Caixa.
- BARCENA, A. y col. (1995) La sexualidad en la valoración global del anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2: 11-20
- BEAUVOIR, S. (1989) La vejez. Barcelona: Edhasa
- BAZO, M.T. (1989) Personas ancianas: salud y soledad Rev Esp Inves Sociol 47:193-223
- BAZO, M.T. El reto de envejecimiento: una reflexión sociológica. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol 30: 95-97
- BOBES J. y col. (2000) Psicofármacos y función sexual. Madrid: Díaz de Santos.
- BOHORQUEZ, A. (1994) La sexualidad en el anciano. En Guillen Llera F. y col. Síndromes y cuidados en el paciente anciano. Barcelona: Masson: 285-293.
- BOHORQUEZ, A. (1995) Enfermedades crónicas y sexualidad en las personas mayores Rev Esp Geriatr Gerontol 2: 27-32
- BUTLER, R. N. (1988) Amor y sexualidad después de los 40 Barcelona: Martínez Roca.
- BUTLER R.N. (1995) Amor y sexo después de los 60: cómo los cambios físicos afectan a la expresión íntima. Modern Geriatrics (edic. esp.) 5 : 75-80
- CALAF, J. (1999) Sintomatología genitourinaria. Formación continuada en climaterio. Tomo I.. Aran: Madrid
- CAMINO RAMOS S. (1995) Los cambios sexuales en la vejez, en Rodriguez, M. y col. Intervención clínica y psicosocial en el<sub>36</sub>anciano. Las Palmas: ICEPSS: 183-187

- COMFORT, A. y col (1991) Sexuality and aging: and overview. Clin Geriatr Med 7 :113-131
- COMINO DELGADO, R. (2000) Preguntas y respuestas sobre el climaterio. AEEM: Barcelona
- CONRAD J. y col ( 1995) Health care educators knowledge and attitudes regarding sexuality in the age. Educational Gerontology 21: 713-733
- CHANTADA, V. Tratamiento de la impotencia sexual masculina en la edad avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol 2: 49-56
- CRUZ, A.J. y col. (1995) Edad y función sexual. Rev Esp geriatr Gerontol 2: 5-10
- CRUZ, A.J. La vida empieza a los 50. Madrid: Temas de Hoy
- CUKIER, J. ( 2004) La crisis de la edad madura en el varón. ASMR, nº 2 vol I3:
- DIAZ , J. (2005) La sexualidad del paciente esquizofrénico y una política hospitalaria . Interpsiquis. (
- FIGUERA L. (1990) Sexualidad en los ancianos. Rol 145:39-46
- FLOREZ, J.A. y col. (1992) La sexualidad en la mujer posmenopausica. Jano 991:61-66
- GARAY LILLO J. (1995) ¿Que es envejecer? Geriatrika 11(4): 36-45
- GARAY LILLO J. (1996) La sexualidad y la tercera edad. Geriatrika 12 (7): 33-37
- GARCIA, J.L. (1990) Sexualidad en la tercera edad. En García J.L. Guía práctica de información sexual para el educador. Pamplona: Medusex.
- GARCIA,J.L.(1988) Ente tu y yo. (material ofset) Pamplona: COFES-Iturrama
- GARCIA J.L. ( 1998) “ Implicaciones psicosociales y relación de pareja en las disfunciones sexuales masculinas”, en actas cursos de verano de Laredo: “Papel de la medicina y la psicología en los trastornos sexuales masculinos”, Santander: Universidad de Cantabria.
- GARCIA, J.L. (2000) Educación sexual y afectiva en personas con minusvalías psíquicas. Asociación Down Lejeune: Cádiz
- GUILLEMARD A.M. (1990) Análisis de las políticas de la vejez en Europa. Madrid: Ministerio de Trabajo y S Social.
- HAM R. (1992) Sexuality . En HAM r. y col Primary Care Geriatrics. St Louis: Mosby-Year Book: 444-455
- HERRERA, A. (2003) Sexualidad en la vejez ¿ mito o realidad? Rev.chil.obstet.ginecol. 68 (2) 150-162

HERRERO, G. y col (1993) Estudio sobre la actividad sexual a partir de los 55 años en la Comunidad Valenciana. Viure en salut, 20: 14-15

INE (1999) Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y Estado de salud. Madrid: INE

INSERSO(1990) La tercera edad en España: necesidades y demandas. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales

JIMENEZ HERRERO, F. (1995) Una sexualidad diferente. Modern Geriatrics 7: 73-74

JIMENEZ DE LUQUE P. y col. (2003) Menopausia. Guía de material educativo. Pamplona: Servicio Navarro de Salud.

JIMENEZ HERRERO F. (1995) Sexualidad en muy viejos. Rev. Esp. Geriatr.Gerontol 2: 57-63

JIMENEZ J. (1995) La sexualidad: una constante vital. Rev. Esp. Geriatr.Gerontol 2:1-3

KARLEN A. (1995) Sexuality, aging and the education of health professionals Sexuality and Disability 3: 191-199

KAISER, F. (1991) Sexuality and impotence in the aging man Clin Geriatr Med 7: 63-72

KAISER, F. (1996) Sexuality in the elderly. Urol. Clin. North. Am. 23: 99-109

KAPLAN, R. La sexualidad y los ancianos(I)y (II). Gerpress, 33: 3-14

KLIGMAN E. (1991) Office evaluation of sexual function and complaints. Clin Geriatr Med 7: 15-39

KOLODNY, R. ; MASTERS W. ;JOHNSON V (1983) Sexualidad geriátrica en KOLODNY, R MASTERS W. JOHNSON V. Tratado de medicina sexual: 77-86 Barcelona: Masson.

LAZARO, M. (1995) Abuso y agresiones sexuales en los ancianos. Rev Es Geriatr Gerontol 2: 43-47

LOPEZ, F. (1989 ) Para comprender la sexualidad. Estella: Verbo divino.

LOPEZ, F. y col (1998) Sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide

LOPEZ R. (1995) Intimidad y sexualidad en los cuidados de larga estancia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2: 33-42

LO PICCOLO,J. (1991) Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. Clin Geriatr Med 7: 161-179

MALO DE MOLINA (1992) Los españoles y la sexualidad. Madrid: Temas de hoy

- MAROTO J.M. y col (1995) Problemas de la sexualidad en el paciente anciano con patología cardiovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 2: 21-26
- MARTINEZ PASCUA, B. (2000) Sexo más allá de los 65 años. I Congreso virtual de Psiquiatría Febrero-Marzo 2000. Conferencia 13-CI-E
- MARTORELL M.C. y col. (1994) Calidad de vida y tercera edad. C. Med Psicossom. 30: 41-46
- MASTERS, W. y col. (1996) Los mundos de la sexualidad. Grijalbo: Barcelona
- MORAGAS R. (1991) Gerontología Social. Barcelona: Herder
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (2005) "Las personas mayores en España 2004". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES ( 2005) El libro blanco sobre la dependencia. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MOIOLI, B. (2005) Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez. Sexología integral 2(1):26-27
- MULLIGAN T. y col (1991) Sexuality in dependent living situations Clin Geriatr Med 7: 153-160
- MULLIGAN T. (1998) Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. Colombia Médica; 29: 148-54
- MUÑOZ, R. y col. (2002) Tipo, frecuencia y calidad de la relaciones sexuales en la tercera edad. Ars Médica. Vol 8, nº 8
- NIETO, J.A. (1995) La sexualidad de las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- PALACIOS, S. (2002) Menopausia: tratamiento y prevención. Revista Tiempos Médicos, 590. Mayo
- RIBERA D. y col (1991) Comportamiento sexual en ancianos. rev Esp Geriatr Gerontol 26: 234-242
- RIBERA J.M. (1991) La sexualidad en los ancianos. En Ribera J.M. y col. Enfermería geriátrica. Madrid: Idepsa: 79-86
- ROSALEZ, E. y col. (2000) Andropausia y sexualidad. ¿ Una paradoja? Colombia Med; 31: 9-16
- SCHIAVI, R., C. Y COL. ( 1995) Sexuality and aging. Impotence 22(4): 711-725
- VALLADARES, S. (1995) Mitos de la vejez: Una aproximación antropológica. Infancia y Sociedad 29: 80-100

VERDEJO, C. y col. (1995) Anciano y sexualidad. En Ribera J.M. y col. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Vol XI. Clínicas geriátricas. Madrid: editores médicos: 101-107

WALTER G. Autonomía en la vejez y derechos humanos. Curso virtual educación para el envejecimiento. Internet: Tiempo. Portal de la psicogerontología.

YANGUAS, J. y col. (1995) Hacia una propuesta de conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial. Rev Esp Geriatr Gerontol 30: 177-188

