

# SEXUALIDAD Y VEJEZ

*Dr. Enrique Fernández Lópiz\**

## **1. Introducción**

La sexualidad representa un aspecto fundamental para las personas de todas las edades, así como una fuente de motivación y potencial enriquecimiento para los individuos. Esta se manifiesta de diferentes formas y en diferentes circunstancias a lo largo del arco de la vida: la sexualidad infantil, la efervescencia de la adolescencia, la genitalidad madura en la adultez, acontecimientos propios de la mujer como la menstruación en la pubertad o la menopausia en la edad madura, la andropausia en el hombre mayor, etc.

Para la creencia de muchas personas, la sexualidad está ligada a la juventud, principalmente porque este estereotipo ha sido transmitido cultural y educativamente, y en los últimos tiempos masivamente proyectado por los medios de comunicación social. Pero en la realidad cotidiana, como tendremos oportunidad de ver, la sexualidad no es exclusiva del período joven o adulto del ser humano, ya que al igual que otros componentes de la experiencia, ésta juega un importante papel en lo afectivo y en lo vitalmente gratificante en las edades posteriores. Es, así, fuente de expresión de una relación personal íntima en cualquier período de la vida, de encuentro con el "otro", anteponiéndose a la procreación, y significando una esfera de transacciones emocionales y efectivas básica para la estabilidad física y psicológica del ser humano. Por ello, por la importancia de este capítulo es por lo que la psicogerontología se ha ocupado de investigar diversos aspectos en este campo: los cambios en sus aspectos biofisiológicos, la evolución en la vejez del deseo sexual en si, la frecuencia de las relaciones con el transcurrir de los años, el

---

\* Profesor titular de Psicogerontología Facultad de Psicología y Trabajo Social Universidad de Granada (España) Tfn: 958-243969 y 243727. Fax: 958-248975 – E-mail: <elopiz@platon.ugr.es>

entramado que esta dimensión guarda con la esfera caracterial, las actitudes sobre la sexualidad de las personas mayores, qué tratamiento se da a los hábitos sexuales en la organización de las instituciones geriátricas, o cómo se vincula la orientación sexual y la adaptación al proceso de envejecimiento.

Estos y otros aspectos, obligan a estudiar la sexualidad en la vejez, más incluso que en otras épocas de la vida, bajo una perspectiva multidimensional, que, aparte del punto de vista fisiológico, comprende el terreno psicológico, social y de gratificación personal.

### **2. Aspectos físicos de la sexualidad en la vejez**

La actividad sexual, como ya se ha señalado, es algo que está presente a lo largo de todo el ciclo vital. Puede verse modificada la intensidad psicológica, las posibilidades para ejercitar el sexo o las vías de expresión, pero la relación sexual sigue siendo durante la senectud una fórmula de comunicación, de diálogo y de satisfacción. Sobre ello hablaremos más adelante. Ahora referiremos los aspectos que tocan, preferentemente, a la fisiología de la función sexual en los mayores. Todo comportamiento tiene un soporte biológico, aún sin perder el sentido que toda conducta tiene (el estudio y lectura de una acción sin contar con su sentido es como un modelo de parto sin feto que parir), decimos, -más allá de esta disquisición epistemológica sobre la significación de toda conducta-, que es muy importante conocer qué modificaciones se producen en esta arquitectura biológica que sustenta la funcionalidad sexual, a fin de mejor entender, posteriormente, otros extremos más psicológicos o sociales. La dimensión biológica, pues, no puede perderse de vista si queremos llegar a una verdadera comprensión entre envejecimiento y sexualidad. Para ello, diferenciamos los cambios acontecidos entre mujeres y hombres mayores.

#### **2.1. La dimensión fisiológica en la mujer mayor**

Quizá el cambio más llamativo desde el punto de vista fisiológico que se produce en la adultez tardía en la mujer es el paso de una fase de fecundidad a una fase estéril o climaterio. Siempre, recordando, como señala el Dr. Crosetto (1996) que: "El climaterio es parte del estado normal del envejecimiento... que no es una enfermedad, sino una instancia de vida que transcurre entre la edad reproductiva y la senectud" (13-18). Así y todo, la importancia del climaterio no sólo es biológica, sino que tiene también su repercusión psicológica. Por tanto, un

## SEXUALIDAD Y VEJEZ

conocimiento profundo de los cambios físicos que operan nos va a permitir un mayor entendimiento de este fenómeno<sup>1</sup>.

La menopausia, que se produce en las mujeres alrededor de los cincuenta años de edad, corresponde al cese del ciclo menstrual y marca el fin del período fértil. Este fenómeno está precedido por una disminución, en tiempo, del período menstrual, así como por ciertas irregularidades en dicho proceso. Durante el período de la menopausia, que puede escalonarse a lo largo de un lapso de diez años, la capacidad de embarazo en la mujer disminuye progresivamente. La causa exacta de la menopausia no está determinada, pero es posible que interactúen diversos factores biológicos ligados al hipotálamo, la hipófisis y los ovarios.

Antes de la menopausia, el ciclo menstrual está dirigido por la retracción entre las hormonas producidas por la hipófisis [Hormona Folliculostimulante (HF) y la Hormona Luteinizante (HL)], y por los ovarios (los estrógenos y la progesterona). Los cambios en el ciclo menstrual a lo largo del climaterio están asociados a alteraciones en la producción de estas hormonas, o mejor, a una disminución de la producción de estrógenos y de progesterona, seguido de un aumento en la producción de hormonas HL y HF. El descenso en la producción de estrógenos produce, gradualmente, una disminución de la estimulación de la mucosa de la cavidad uterina llamada endometrio. Durante la menopausia, la estimulación del endometrio es insuficiente y la menstruación cesa completamente.

Los cambios hormonales que acompañan a la menopausia están asociados a modificaciones aparentes en los rasgos físicos y corporales, tales como la pérdida de elasticidad de la piel, así como la disminución de la consistencia en los pechos. Otros cambios también operan en los órganos genitales, como por ejemplo un adelgazamiento de los labios grandes y pequeños, y un estrechamiento de las paredes vaginales, que también se tornan más resacas.

Todas estas alteraciones tienen su impacto en algunas modificaciones físicas en el transcurso de la relación sexual, en la mujer mayor, pero antes de describirlas nos parece interesante recordar los principales elementos y fases de la relación sexual. Master y Johnson (1966) describieron en toda relación sexual cuatro etapas:

- Fase de excitación

---

<sup>1</sup> Helen Deutsch (1944, 1945) ha estudiado los efectos de la ancianidad en la mujer, poniendo de manifiesto la importancia de las funciones de reproducción en la emergencia de conflictos. La menopausia y el climaterio son señaladas por esta psicoanalista como una experiencia traumática que constituye un serio menoscabo al narcisismo, que puede producir procesos regresivos.

## PROPUESTAS

---

- Meseta
- Fase orgásmica
- Fase final

Recordemos que la fase de excitación en la mujer se caracteriza por un conjunto de reacciones genitales como cambios en el clítoris, aparición de la lubricación vaginal, extensión y distensión de la vagina, y una elevación parcial del útero. Si la estimulación sexual continúa, estas reacciones en la fase posterior se hacen mayores hasta llegar a un momento estático de excitación mantenida o "meseta". La fase orgásmica, que corresponde al cenit de la relación sexual, se manifiesta en la mujer por contracciones que se sitúan en el tercio inferior del canal vaginal y se producen inicialmente en intervalos de ocho a diez milésimas de segundo. Después de un determinado número de contracciones, los intervalos se hacen más grandes y la viveza de las contracciones disminuye. Las contracciones se producen igualmente en el útero, acompañadas de modificaciones tales como taquicardia, respiración alterada y cambios en la tensión arterial. En la fase final, la presión arterial, así como el ritmo cardíaco y la respiración vuelven a su estado normal. Los signos de retomo de la fase final, en la mujer, se caracterizan por la vuelta a la normalidad del volumen y de la coloración de la vagina, y la restitución del clítoris a su posición inicial.

Investigaciones de Masters y Johnson (1966, 1970), llegaron a la conclusión que la intensidad de la reacción sexual se va reduciendo en las mujeres con la edad. Se nota que en la fase de excitación la intensidad de la lubricación disminuye y se hace más lenta en las mujeres mayores por comparación con las más jóvenes. La expansión del canal vaginal que acompaña la fase de excitación se reduce y es mucho más lenta, y el canal vaginal se alarga tan sólo en la fase de meseta. Del mismo modo, las contracciones de la fase orgásmica son más cortas y menos numerosas, y la fase final de la reacción sexual se caracteriza por un retorno más rápido a la normalidad vaginal.

Con los cambios producidos durante el periodo de la menopausia, también pueden acontecer en muchas mujeres, determinadas sensaciones desagradables a la hora de mantener relaciones sexuales, ya que las paredes vaginales, como hemos dicho, se tornan más delgadas y además falta lubricación. Igualmente, durante este período la mujer puede sentir episodios de acaloramiento acompañado de enrojecimiento, así como síntomas de aturdimiento.

Por último, decir que la creencia popularizada según la cual se asocia la menopausia a reacciones psicológicas negativas como la depresión, es falsa. Las mujeres menopáusicas no presentan más riesgo que otras más jóvenes de sufrir depresiones, por lo que se puede concluir que la existencia de una relación entre la menopausia en la tardeadultez y el

estado de ánimo todavía no ha sido demostrada de forma perfilada. Esto no quita para que se insista, como refiere Crosetto (1996), "que es una crisis (como lo es la adolescencia) donde tiene validez una observación médica como antropológica, sociológica, política, laboral o psicológica" (14).

### **2.3. La dimensión fisiológica en el hombre mayor**

No sólo la mujer tiene cambios con el paso del tiempo; el hombre también sufre modificaciones en su funcionamiento fisiológico que tienen cierto impacto sobre su sexualidad. Aunque no existe una equivalencia con la menopausia, el hombre también pasa por un climaterio que es asociado a una reducción en la cantidad de espermatozoides. Este período se inicia entre los cuarenta y cincuenta años. Contrariamente a lo que ocurre en la mujer, esto se traduce en una disminución en su capacidad de reproducción, pero no en una incapacidad para esta función. Como consecuencia de ello, el hombre puede engendrar hasta edades muy avanzadas.

También en el hombre, con el envejecimiento, se producen cambios hormonales, especialmente en lo que se refiere a la testosterona y la hormona hipofisaria HL. La testosterona es la principal determinante del deseo sexual, y con el envejecimiento, las células de los testículos que producen esta hormona son menos funcionales. Esto repercute en una disminución de la producción de testosterona en sangre. Como reacción a esta disminución, el nivel de hormona HL aumenta, y la producción de testosterona desciende.

La disminución de testosterona no sólo está asociada al envejecimiento del hombre, sino también a enfermedades físicas cuya frecuencia aumenta con la edad. De otro lado, aunque la testosterona está ligada al deseo sexual, la disminución que se observa en el hombre tiene una correlación relativamente baja con el descenso de la actividad sexual propiamente dicha.

También se producen, con el envejecimiento, cambios físicos en los órganos genitales. Una crecida del tejido conjuntivo y una mayor rigidez en las arterias y venas situadas en el pene, lo que puede ser origen de problemas para que el miembro masculino se mantenga erecto. Además, se manifiestan cambios estructurales en la próstata, lo que conlleva una disminución del volumen y de la presión del espermia expulsado durante la eyaculación.

Igualmente en el hombre se producen modificaciones en las reacciones sexuales con el envejecimiento. Antes de examinar estos cambios tendríamos que recordar las características de la reacción sexual masculina, según el esquema propuesto en las investigaciones de Masters y Johnson (1966, 1970).

## PROPUESTAS

---

En la fase de excitación masculina las respuestas biológicas más llamativas son la erección del pene, el aumento de la tensión y la subida del escroto, así como la elevación de los testículos. La elevación de éstos en el escroto hasta su unión al cuerpo del pene es lo que caracteriza la fase de meseta. En la fase orgásmica, las contracciones que tienen su origen en los testículos se propagan hasta el pene y conducen a la expulsión del esperma por el conducto uretral. La experiencia de la eyaculación está precedida por una sensación de impotencia para controlar la emisión espermática durante el instante que media justo antes de que se produzca y justo al principio de la salida del semen. El hombre tiene entonces la impresión de sentir venir la eyaculación fuera del control voluntario. Las contracciones orgásmicas masculinas tienen lugar a ocho décimas de segundos de intervalo, disminuyendo gradualmente en frecuencia y en la fuerza del desalojo. La presión de las dos o tres primeras contracciones de eyaculación puede expulsar el esperma a una distancia de 30 a 60 centímetros. Durante la fase de resolución, también se observa la retracción progresiva del pene al estado de flaccidez en dos etapas, donde la segunda es más larga. Se observa igualmente el descenso de los testículos en el escroto y el retorno a su estado normal. Después, en la fase de resolución, en la mayor parte de los hombres se pasa a un período refractario durante el cual no se reacciona más al estímulo sexual.

En los estudios de Masters y Johnson, en su llamada muestra geriátrica, se pudo comprobar que en los hombres, al igual que en las mujeres, con el transcurso de la edad se produce una disminución de la intensidad de la reacción sexual. Esta disminución es observable en lo que concierne al aparato genital externo en general y al pene en particular. Si en el hombre joven la erección completa se produce muy rápidamente, a medida que se va envejeciendo esta misma reacción necesita un período de tiempo dos o tres veces superior. También disminuye la sensación de impotencia para controlar la eyaculación justo antes de que se produzca. Con la edad se puede controlar, hasta el punto de que ésta no se produzca. También la fuerza de expulsión del esperma disminuye, y las primeras eyaculaciones no superan la distancia de 15 a 30 centímetros. Igualmente se dan diferencias en lo que se refiere a la reacción del escroto y de los testículos. El aumento de la tensión de la relajación del tegumento escrotal, así como la elevación de los testículos durante la fase de excitación, también se ven reducidos. Del mismo modo, el aumento de la talla de los testículos durante la fase de meseta es menos importante.

Existen detallados informes sobre los aspectos fisiológicos de la sexualidad humana, de Masters y Johnson (1970), basados en once años de investigaciones que han supuesto entrevistas detalladas y experiencias

en laboratorio, con sujetos de distintas edades. Los estudios realizados consistieron en obtener complejas mediciones de las reacciones fisiológicas en el hombre y la mujer ante diversas formas de estimulación sexual. El cuadro de estas capacidades para los distintos grupos de sexo y edad, es lo que vemos en las siguientes Tablas.

### **3. Deseo, práctica y satisfacción sexual en las personas de edad: estudios y factores incidentes**

El deseo de actividad sexual y la satisfacción en la misma son aspectos relacionados. No es raro constatar que el comportamiento sexual depende, en una importante proporción, de algo tan psicológico como la pasión y el anhelo, o sea, del deseo. De igual forma, la satisfacción sexual resulta de la complementación entre el deseo y la actividad. Podemos preguntarnos en qué medida el deseo, la actividad y la satisfacción sexual se modifican con el transcurso del tiempo. Antes de examinar los conocimientos en este campo, queremos señalar que existen importantes diferencias interindividuales que dependen de múltiples factores: biológicos, de salud, hábitos, sociales, educativos, biográficos, etc.

Para estudiar este fenómeno se suele recurrir a la autoevaluación del sujeto, cuyos resultados se ven afectados por factores muy diversos: personalidad, autopercepción, estímulos sociales o estado civil. Por ello, en este tipo de evaluaciones no se puede evitar que determinados sujetos exageren la frecuencia y satisfacción de su actividad, y otros la minimicen. Estudios de Brecher y sus colaboradores (1985) sobre cómo describirían su interés actual por el sexo (se trata pues de una investigación sobre el deseo sexual), comparando grupos de sujetos entre 50 y 60 años, con otros entre 60 y 70, y otros de más de 70, encontraron un interés del 75%, 67% y 59% respectivamente en el grupo de las mujeres, mientras que en los hombres, el interés era del 94%, 88% y 75% respectivamente. Estos resultados hablan de una disminución del deseo sexual en la medida que avanza la edad, más acentuado en las mujeres. No obstante, estos resultados deben de ser interpretados con prudencia; ya que el estudio mencionado se refiere a una investigación transversal, que debería reflejar, no sólo una cuestión psicobiológica, sino también los efectos de una determinada generación, con una cultura particular, un tipo de educación y unos determinados recursos socioeconómicos, incidentes. De esta forma, los sujetos de más edad pueden resultar más inhibidos en el cuestionario de evaluación sobre sus deseos sexuales, ya que pertenecen a una época con concepciones más rígidas, más sometidas a la presión social y a los estereotipos en general, y a factores religiosos (Nelida Asili, 1993).

## PROPUESTAS

---

Por tanto, podemos apuntar que los cambios que se producen con el transcurrir de la edad en la actividad sexual son difíciles de valorar, pues los instrumentos de medida son muy diversos y sometidos a una gran cantidad de variables intervinientes. Diversos estudios, por lo general transversales<sup>2</sup>, sugieren que los sujetos de más edad son menos activos que los sujetos más jóvenes. Estos resultados presentan sesgos substanciales, ya que las formas transversales de investigación, aparte de una mera comparación entre sujetos de diferente edad, no son capaces de reparar en las circunstancias que entorpecen a las diferentes cohortes estudiadas (como decíamos antes: educación, religión, costumbres, tiempo histórico, etc.), y, directamente, no hacen un seguimiento del mismo proceso de cambio (p.e. los antecedentes de pareja anteriores de los sujetos evaluados), tal sería el caso de las investigaciones longitudinales o de seguimiento<sup>3</sup>. Precisamente, este aspecto de

---

<sup>2</sup> Un Diseño Transversal consiste en seleccionar y comparar, en un momento dado, muestras de individuos de diferente edad, pertenecientes pues a generaciones distintas, con respecto a la variable o variables en las que el investigador está interesado. Son, pues, diseños de muestras independientes en los que se mantiene constante la fecha de medición, y la edad se confunde con la generación. Dadas estas características, la mera comparación de grupos de sujetos de diferentes edades en un mismo momento histórico nos aproxima a una "psicología diferencial" donde la edad adquiere el rango de variable independiente. Sin embargo, la edad, como tal, no es sino una variable que recoge el efecto producido por otras variables; no es en sí causa efectiva de nada. Si la ventaja principal de estos diseños es su rapidez y utilidad en una aproximación al cambio intraindividual en la vejez, sus limitaciones más relevantes son que en este tipo de estudios se confunde el efecto ligado a la edad con el que se asocia a la generación. De hecho, en investigaciones transversales, los mayores suelen salir mal parados con este tipo de diseños y los resultados suelen ser bastante pesimistas, concluyendo que conforme se envejece se pierden capacidades de forma más pronunciada de lo que realmente ocurre (Femández Lópiz, 1998: 74-76).

<sup>3</sup> Un Diseño Longitudinal consiste en observar individuos nacidos el mismo año, en diferentes momentos de su vida. Se trata de diseños de medidas repetidas aplicadas a los mismos sujetos a lo largo de un tiempo determinado; o sea, la generación permanece constante y la edad cronológica se confunde con la fecha de medición. Las estrategias longitudinales proporcionan una rica fuente de información sobre los cambios que ocurren con la edad en el grupo como un todo y, sobre todo, en los sujetos de la muestra. Ahora bien, esta técnica también plantea problemas. Los problemas metodológicos principales podrían agruparse como sigue. De un lado, como se trata de estudios sobre una generación, se produce una dificultad para generalizar a otras cohortes diferentes de la estudiada los descubrimientos obtenidos, dado que cada generación tiene sus propias características y, probablemente, su propio patrón de envejecimiento. También existen limitaciones prácticas, dado que los estudios longitudinales requieren de tiempo, esfuerzo y dinero para ser llevados a cabo. No perdamos de vista que es preciso el compromiso de un equipo de trabajo y de unos individuos reclutados que, igualmente, deben comprometerse. Se ha de procurar en este sentido que los instrumentos de medida y el espíritu de la investigación no queden obsoletos con el tiempo, dado que se trata de investigaciones que duran varias décadas. El



## SEXUALIDAD Y VEJEZ

---

seguimiento sobre los hábitos y oportunidades de realización del sexo en los sujetos es un aspecto de capital importancia, ya que es conocido que los individuos mayores con pareja estable, por ejemplo, mantienen relaciones sexuales con más frecuencia que los sujetos sin una pareja fija.

Independientemente de los resultados obtenidos, de los efectos de generación, del hecho de que se hayan obtenido a través de estudios transversales (con los subsiguientes inconvenientes para la pureza de la investigación), sí se ha podido observar que existen personas mayores que mantienen relaciones sexuales de forma regular. En un estudio de George y Weiler mencionado por Fernández Lópiz (1998), se ha comprobado que la actividad sexual se mantiene relativamente estable a lo largo del envejecimiento. Esta afirmación, obtenida de un estudio longitudinal realizado en personas entre 46 y 71 años, las cuales fueron entrevistadas cada seis años, indica que se mantienen estables los contactos sexuales que la persona habla mantenido durante este período, y tan sólo un 20% de los encuestados afirmaron haber experimentado una disminución en la frecuencia de la ejercitación. Aquí también podríamos establecer un sesgo, especialmente en los sujetos del último tramo de edad, ya que en la muestra no se tienen en cuenta los que han ido muriendo o abandonando, pudiéndose pensar que, precisamente, los más longevos y perseverantes, al ser excepcionalmente saludables, son también los que mejor soporte biológico-sexual tienen. Muchas de estas investigaciones, sin duda se quedan un tanto cortas frente al complejo y multifacético fenómeno del deseo sexual humano en la vejez (que no es sólo contacto sexual efectivo con otra persona); a veces se hace el sexo por obligación, como algo que hay que hacer por alguna especie de imposición social, incluso estadística, por muy paradójico que esto parezca.

---

compromiso de los individuos experimentales en la investigación es de extrema importancia como sesgo intrínseco de este tipo de estudios, dado que los individuos comprometidos están igualmente muy motivados, son constantes e involucrados en el propio estudio; o sea, son grupos de viejos con un funcionamiento elevado, una élite y como tal, no representan a la generación en su conjunto. Además, conforme se avanza en el tiempo, algunos sujetos, probablemente los menos capaces, abandonan (mortalidad experimental), y los que permanecen son los ancianos más competentes, más saludables y más animosos (por poner algunos calificativos). Esto hace que, al no ser el "agotamiento" de la muestra algo fortuito, la tendencia de la muestra sea a constituirse en un grupo de individuos sanos y altamente capaces, razón por la que los estudios longitudinales presentan el sesgo opuesto a los transversales: exageran los beneficios que comporta el envejecer, minimizan las pérdidas y ofrecen, en general, un panorama demasiado optimista de nuestros últimos años. También hemos de pensar que dado que los sujetos son medidos repetidamente con las mismas herramientas (tests, escalas, entrevistas etc.), interviene el efecto de la práctica sobre las mediciones sucesivas, el producto beneficioso de una práctica más y más desarrollada (Fernández Lópiz, 1998: 76-78).

## PROPUESTAS

---

Tampoco podemos perder de vista que también la masturbación debe entenderse como una actividad sexual en las personas mayores, que implica un deseo y unas fantasías. En este aspecto, todos los investigadores se ponen de acuerdo, manteniendo que la frecuencia en la masturbación va descendiendo de decenio en decenio (Brecher y otros, 1985; Starr y Weiner, 1981). Esta proporción pasa del 53% en los hombres hacia los sesenta años, al 46% en aquellos que se hallan comprendidos entre los 80 y 91 años. En las mujeres, estos datos van del 47% al 34% en las mismas edades (Starr y Weiner, 1981). En relación a este tema de la masturbación en los mayores, es preciso decir que la frecuencia mayor se encuentra en los sujetos solteros, viudos y/o divorciados, respectó de aquellos que están emparejados o casados. La masturbación constituye probablemente para estos individuos, una solución que reemplaza y compensa las relaciones sexuales mantenidas anteriormente con su pareja, o las que no se pueden mantener por falta de partenaire.

En cuanto a la satisfacción sexual, parece mantenerse o incluso aumentar con el transcurso del tiempo. Starr y Weine (1981) observaron, según su experiencia con encuestados tanto hombres como mujeres mayores, que la vida sexual de éstas personas es tan satisfactoria o más que cuando eran más jóvenes.

En definitiva, se puede afirmar que con el envejecimiento existe una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales. Ahora bien, ¿podría decirse lo mismo del deseo?. En lo que se refiere a la satisfacción, ésta permanece estable y/o aumenta. Podríamos por ello alimentar la idea de que la sexualidad se vive igual o mejor en el período de la vejez que en la juventud. La necesidad menor de eyacular en el hombre (acorde con algunas teorías orientales sobre el sexo), puede permitir prolongar el acto del coito y generar más placer tanto al propio hombre como a su pareja. De la misma forma, la menopausia permite a las mujeres tener una vida sexual más libre, sin miedo al embarazo. Estos factores, así como una distinta valoración del sexo como contacto, como cariño, como encuentro, como ternura pueden contribuir a una mayor satisfacción sexual a medida que avanza la edad.

También se puede observar que un número de personas mayores interrumpen su actividad sexual en la medida que van envejeciendo. A este respecto hay que tener en cuenta que juegan un papel importante determinadas eventualidades: las experiencias del pasado vinculadas con la actividad sexual presente, la salud, la educación o el consumo de drogas y remedios farmacológicos. Y por supuesto, la pérdida de la pareja sexual efectiva, bien por causa de alguna enfermedad incapacitante (trombosis, demencias tipo Alzheimer, etc.), bien por causa de enviudamiento. Algunos sexólogos convienen que es el varón el que

## SEXUALIDAD Y VEJEZ

---

inicia las relaciones con su iniciativa en el cortejo (en la época de noviazgo) y, dado que el promedio de vida en el hombre es menor y su propensión a la enfermedad o la discapacidad más frecuente y precoz que en la mujer (o sea, que son las mujeres las que en mayor proporción enviudan o pierden a su pareja, y/o en un momento dado se convierten sobre todo en cuidadoras), es también el hombre, esta vez por omisión, el que pone el punto final a los intercambios sexuales.

Como conclusión en lo que a comportamientos sexuales con la edad se refiere, las correlaciones encontradas en las investigaciones indican:

a.- Edad-frecuencia: correlación negativa. Mayor longevidad, menor asiduidad en la práctica.

b.- Satisfacción-edad: correlación positiva. Más edad, mayor complacencia sexual.

c.- Nivel de funcionamiento físico-actividad sexual: correlación positiva.

Mejor salud, mayor frecuencia de intercambios.

Se sabe, de hecho, que entre las mujeres y hombres mayores, la circunstancia de estar casados (o en pareja) y tener un buen estado de salud, se relaciona de forma directamente proporcional con la intensidad del deseo sexual y el deleite en la relación.

Unos y otros autores han evidenciado la relación existente entre el estado físico y la actividad sexual a lo largo del envejecimiento, y cómo la relación entre la enfermedad crónica y el funcionamiento sexual se puede explicar en base a factores diversos que van desde los puramente endógenos (de naturaleza hormonal, vascular o neurológicos), los debidos a la ingesta de medicamentos y drogas en general, o los de carácter emocional y psicológicos.

Una insuficiencia de testosterona y una sobreproducción de prolactina puede traducirse en el hombre en una disminución del deseo sexual, dificultades para tener una erección o inconvenientes en el orgasmo. Diversas enfermedades que afectan a los testículos, enfermedades hipofisarias y enfermedades renales suelen ser el origen de desarreglos en la producción de testosterona o de prolactina. En la mujer todos los estudios apuntan que los cambios hormonales no producen tantos efectos como en el hombre. Un defectuoso riego sanguíneo en el pene, puede estar correlacionado con problemas de erección y suele tener relación con disfunciones vasculares más genéricas (recordamos aquí el conocido Prozac como solución a este tipo de disfunciones); del mismo modo la diabetes o las enfermedades vinculadas con la artrosis o los trastornos cardíacos. También otros cuadros morbosos como la enfermedad de Parkinson, las lesiones medulares o el alcoholismo pueden ocasionar alteraciones en el funcionamiento sexual, por la baja de mecanismos neurológicos, lo que necesariamente puede influir en el deseo, en

## PROPUESTAS

---

disfunciones para que el pene pueda alcanzar un estado erecto o en la emisión de esperma. Asimismo pueden producir estos efectos medicamentos tales como la L-Dopa, los hipotensores, los ansiolíticos y los antidepresivos, tanto los Tricíclicos como los IMAO (Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa). Por último, las reacciones emocionales o las enfermedades crónicas pueden interferir, igualmente, en el normal funcionamiento tanto del hombre como de la mujer.

Para finalizar este apartado no queremos dejar de citar a Aragón (1986), quien apunta, en relación a los aspectos efectivos, que en la vejez "la afectividad permanece; lo que a veces ocurre es que falla un tanto su expresividad por una especie de cortocircuito con lo emocional que puede dar la impresión de un nuevo infantilismo" (314). El mismo autor menciona una investigación realizada en España que nos permite tener en cuenta algunas observaciones de particular importancia en este punto. Este estudio, realizado por Cruz Roja Española (1982), nos refiere aspectos de los intereses y las motivaciones que acompañan a la actividad sexual de los ancianos. Atendiendo a diversos grupos de edad, se especifican las diferencias existentes entre hombres y mujeres sobre diversas variables evaluadas. En lo relativo al interés físico, éste aumenta en las mujeres hasta un máximo entre los 41-50 años y disminuye lentamente hasta ser bastante bajo entre los 71-80. Por contra, en los hombres, las tasas iniciales son altas, alcanzan su culmen entre los 31-40 años y al llegar a los 71-80 siguen siendo muy elevadas. En lo tocante al interés sentimental en el juego amoroso, éste crece sin interrupción en las mujeres desde los 20 a los 80 años, mientras que en el hombre, aún manteniéndose en cotas medias, disminuye de forma paulatina. En cuanto al interés por "tener compañía", las diferencias hombre-mujer son menores; en la mujer es inicialmente alto, con posterioridad baja algo y acaba en una fuerte subida en el último período (71-80); en el hombre asciende más gradualmente con altibajos, para subir con fuerza en las dos últimas etapas (61-70, 71-80) igualando así el nivel femenino. Sin embargo, es en el varón donde las cotas en "interés amoroso como autoafirmación de la personalidad" alcanzan mayores niveles, en tanto que el "amor como obligación" lo hace en la mujer. Sobre las motivaciones de tipo existencial, mujeres y hombres presentan valores similares, siendo más elevada la "amorosa" en las mujeres y la "social" en los hombres.

### 4. Creencias y actitudes sobre la sexualidad de los mayores

Otro punto de particular interés es la existencia de determinadas creencias y actitudes que conciernen a la sexualidad de las personas mayores.<sup>4</sup>

Es claro que determinados aspectos de la sexualidad se modifican a través del envejecimiento y que estos cambios en muchas ocasiones son resignificados como estereotipos negativos. Entre las creencias sociales más extendidas podemos enumerar:

- Las personas mayores no tienen deseos sexuales.
- Aunque quieran no pueden tener relaciones sexuales.
- Los mayores son excesivamente frágiles y la relación del acto sexual les puede procurar daños y perjuicios para su salud.
- Físicamente no son bellas y por tanto no experimentan deseos sexuales.
- El sexo en las personas mayores es vergonzoso y perverso.

Sobre estos estereotipos y creencias, según los estudios de Brecher (1985), los encuestados mayores piensan que la sociedad les considera como personas asexuadas, algo extendido por la creencia popular, a través de diferentes prejuicios e ideas preconcebidas ciertamente infundadas.

La sexualidad constituye un componente importante en la vida de las personas mayores; vital diríamos, ya que, como el propio Freud indicó en su conocida obra *Introducción al Narcisismo*, "uno tiene que amar para no caer enfermo...", y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar". El sexo es, sin duda, una vía para este cometido. A pesar de esto, las creencias populares pueden influir en el comportamiento sexual de los mayores, haciendo de estos estereotipos verdades admitidas por la comunidad, y favoreciendo el desánimo y el distanciamiento de las personas de edad a tener una vida sexual activa, autoimponiéndose restricciones en esta vía de expresión. Ocurre que los ancianos, así sometidos a estas ideas comunitariamente compartidas, en su adaptación a esta realidad coercitiva, renuncian, en no pocas ocasiones, a conseguir gratificaciones sexuales, utilizando defensas de

---

<sup>4</sup> En un artículo nuestro publicado en esta revista *Propuestas* (Fernández Lópiz, 1998, Año III, 6, 107-128) titulado "Ideas y actitudes improductivas en la enseñanza con alumnos mayores", se aborda el tema de los prejuicios y las actitudes negativas sobre la vejez, que tanto afecta a los individuos que se encargan del plano educativo con personas de edad. A la vez que se explican las mencionadas suposiciones prejuiciosas que pudieran contaminar la tarea educativa con este grupo de edad, desde la Psicogerontología mostramos las argumentaciones científicas que descubren lo falaz de dichos estereotipos y teorías implícitas, que no hacen sino encauzar posicionamientos y comportamientos viejistas faltos de rigor y carentes de realidad.

## PROPUESTAS

---

retirada, repliegue, desconfianza hacia los demás o somatizaciones diversas, y se identifican con estos criterios prejuiciosos (que son opiniones alusivas a prohibiciones y pérdidas en la actividad erótica: frustraciones), en lo que algunos autores han dado en llamar "narcisismo negativo" o "anorexia de vivir". La vida, así, pierde atractivo y el self se siente carente de valor. Esta circunstancia de frenado afectivo y sexual puede hacer que en el balance responsable dé la salud desde el punto de vista psicosomático entre movimientos (eróticos) de vida y movimientos (thanáticos) de muerte, pueda haber cierta tendencia hacia las desorganizaciones progresivas, favoreciéndose la eclosión y evolución más o menos grave de enfermedades que constituyen, desde el punto de vista existencial, lo que podría ser considerado como un Plan de Muerte.

También estos mitos y estereotipos, pueden reforzar una visión poco halagüeña de las personas mayores en el seno de la sociedad, lo que contribuye a afianzar una visión estándar y negativa de éstos, así como a una desvalorización del envejecimiento en su conjunto. Estos mitos contribuyen, sin más, a acentuar la soledad en las personas de edad, a disminuir su autoestima y a trastocar el normal funcionamiento de una vida plena.

En gran medida, estas valoraciones negativas provienen de una moral puritana -la que ha imperado en la educación de nuestros mayores, nacidos en los principios del siglo-, en la que imperaba la idea de que la sexualidad en los ancianos no es posible ni necesaria, y si ocurre es anormal. Esta moral, a veces reforzada en las actuales generaciones, impide en ocasiones incluso verbalizar con la pareja o con un experto, cualquier tipo de problemática en este sentido. Es prácticamente imposible hablar con el cónyuge, con los hijos, con los amigos, e incluso con el médico (que evita/ba tocar esta problemática) o el sacerdote (que por lo general aconseja/ba resignación), estos temas. Es también muy probable, como señala Krassoievitch (1993), que "el mito de la vejez asexual tenga una relación directa, entre otros factores, con la dificultad que existe en la sociedad occidental para considerar a los propios padres como personas dotadas de sexo y como practicantes de la sexualidad. Esto es aún más sorprendente si tomamos en cuenta que cada uno de nosotros constituye una prueba tangible del ejercicio sexual parental" (82-83). Los factores psicológicos que intervienen en este estado de cosas, citados por el mismo autor, serían, sucintamente:

- a) Reconocer la sexualidad en los ancianos, representantes simbólicos de nuestros padres, implica reconocer al mismo tiempo sus deseos sexuales. De forma inconsciente, podríamos albergar la idea de que si nosotros también tenemos sexualidad y por lo tanto

deseos, existe la posibilidad de compartirlos con ellos debido a la familiaridad, la cercanía y la convivencia. Lo que nos remite al tabú social del incesto, fuertemente arraigado en nuestra cultura. Una forma de contrarrestar este tabú del incesto es la negación de la sexualidad parental, y por generalización, de las personas mayores.

b) Puede suceder, de otro lado, que tal negación correspondiera además a una expresión de hostilidad, de rechazo a esos padres colectivos que son los ancianos, de la misma forma que se les rechaza y reprime socialmente con jubilaciones precarias o reclusión en instituciones no siempre pertinentes.

Es precisamente, como a continuación analizaremos, en el encuadre social en general, en los hábitos culturales y educativos en relación a la esfera sexual, en las repercusiones que estas consideraciones biológicas tienen sobre el carácter de hombres y mujeres, y en la manera en que los valores sociales nos empujan en uno u otro sentido y cristalizan en maneras idiosincráticas de "ser en el mundo", desde donde encontramos un punto de interés para analizar este tema desde una visión más psicosocial. También, de forma más específica, no queremos dejar pasar la oportunidad de examinar el caso particular de las instituciones geriátricas como espacios organizados de desarrollo para el anciano, donde, como veremos, se suele ejercer un control represivo más expeditivo y concreto, manifestación perfilada y emergente, igualmente, de un contexto social e ideológico más amplio.

### **5. Sexualidad, sociedad y carácter: implicancias en la vejez**

Desde una perspectiva psicológica y socio-relacional, la sexualidad no representa una conducta aislada, separada del contexto general del comportamiento de las personas, ni de los encuadres sociales en las que estas se enmarcan. Al contrario, parece evidente que la forma de ejercer la sexualidad es un reflejo de las peculiares formas de relación que con los otros tenemos los humanos. Personal y culturalmente, si se teme la intimidad es probable que se practique un sexo distante, aséptico; si lo que predomina es la inseguridad o el diletantismo, es posible que se manifieste en la relación la incertidumbre y el temor al rechazo; o si lo que priva es la dominación y el vasallaje de una cultura patriarcal y machista, la cualidad de la conducta sexual con la pareja estará presidida por la humillación y el sometimiento (sadismo) del hombre hacia la mujer. Dicho de otra forma, las relaciones sexuales deben ser analizadas

## PROPUESTAS

---

como una prolongación de la estructura del carácter de una persona y de su sistema de valores en la orientación del trato con los demás, lo que no es ajeno a una perspectiva cultural social. La personalidad, y más concretamente el carácter- entendido éste desde una perspectiva axiológica-, sus vicisitudes y estilos son, en gran medida, producto de los recursos y dificultades que reinan en nuestro tiempo y en nuestra cultura. En el caso que nos convoca, la sexualidad, aún poseyendo un importante sustrato instintivo, este sustrato biológico queda ampliamente rebasado por los aspectos psicológicos, sociales y culturales que entornan a la persona. Según expresión de Erich Fromm (1970), el carácter, es decir, la parte de nuestra personalidad que ha sido adquirida merced a nuestras experiencias, sustituye en el ser humano el aparato instintivo de los animales, y constituye su "segunda naturaleza", como un segundo útero cuya matriz se conforma en el plano de la civilización como macrosistema de influencia.

También son importantes, desde esta perspectiva, los roles que juegan el hombre y la mujer en el contacto sexual. Fromm descubrió que estas diferencias se traducen en ciertas desigualdades caracterológicas fomentadas y sostenidas por la urdimbre civilizatoria actual. El hombre, para poder funcionar con normalidad debe responder con una erección, ser capaz de mantenerla y demostrar a la mujer que cuenta con esa capacidad para satisfacerla. La mujer depende para su satisfacción de una responsividad concreta del hombre. A diferencia, la mujer sólo precisa de cierto grado de disponibilidad, aceptación y apertura para satisfacer sexualmente al hombre, siendo que dicha disponibilidad depende de la voluntad y la decisión femenina; por contra, en el hombre la respuesta erectiva es involuntaria, no se decide y difícilmente es controlable por el libre albedrío; es, en el plano psicofisiológico, una respuesta neurovegetativa. Puede decidir mantener una relación, pero no tener una erección. Si la mujer en último extremo podría disfrazar su disponibilidad y acciones concretas durante el coito, al hombre este extremo le está vedado: es necesario funcionar y le es imposible ocultar su falta de funcionalidad. Como señala Fromm (1970): "Si la mujer consiente con su voluntad, el hombre puede estar seguro de quedar satisfecho toda vez que la desee. Pero la situación de la mujer es enteramente distinta; el deseo sexual más ardiente de su parte no llevará a la satisfacción a menos que el hombre la desee lo bastante para tener una erección. Y aun durante el acto sexual, para lograr su plena satisfacción la mujer debe depender de la capacidad del hombre para hacerle alcanzar el orgasmo. De ese modo, para satisfacer a su pareja el hombre debe demostrar algo; la mujer no" (62).

Esta diferenciación de roles acarrea a cada sexo, angustias diferentes: en el caso del hombre la de fallar, en el de la mujer, dada la sensación de



dependencia del deseo del hombre, el temor de no despertar ese deseo y quedar frustrada o abandonada. Según Fromm, hombres y mujeres estructurarían su carácter de forma distinta, lo que tiene su manera, también distintiva, de relación con los demás. La protección del hombre contra el temor a fallar sexualmente es la competición en todas las esferas, en las que la voluntad, la fuerza, el prestigio o la inteligencia son herramientas útiles para el éxito, algo reforzado por la actual sociedad y su sistema económico y político de competencia a ultranza. Esto tiene como consecuencia en el hombre, según Fromm, de una parte al alarde y la demostración en lo que él denomina la "vanidad del varón". Por otra, el hombre sería vulnerable y sensible a posibles fracasos delante de la mujer: temor a hacer el ridículo. Es precisamente este temor el que le proporciona a la mujer un arma para herirlo, y al hombre la tendencia a dominarla para evitar así el daño narcisista. La "vanidad femenina" se significa por la necesidad de atraer y demostrarse a sí misma que es deseable para el varón, y así evitar el temor de no despertar el deseo en el hombre y eludir el no quedar satisfecha sexualmente. Estos rasgos, derivados de la diferencia de roles sexuales en la cultura, tienen sus aspectos positivos o negativos, dependiendo de la estructura caracterológica tomada como un todo; es decir, de la orientación del carácter en la cultura. Serían positivos, según Fromm, en el hombre, la iniciativa, la actividad o la decisión; y en la mujer el encanto, la paciencia o la confianza.

Sirvan estas líneas sobre la relación entre carácter, sexualidad y cultura como punto de referencia y crítica de aquellas investigaciones que han tratado la función sexual del mayor en abstracto, sin considerar la modulación social de esta expresión humana. Podríamos preguntarnos: ¿no es verdad que las características educativas de una generación como la de nuestros mayores, ha alzaprimado estas diferencias entre el hombre competitivo y arrojado, y la mujer seductora paciente?. ¿No es verdad que la sexualidad no es mera genitalidad?. ¿No ocurre que en los mayores declina, tanto la potencia eréctil del hombre, como las cualidades seductoras de la mujer, pudiendo esto generar, según las ideas frommianas sobre la cultura imperante, conflictos en este terreno?. ¿No es cierto que debemos reparar en una sociedad machista y viejista, donde se destacan determinados valores e ideales -dominio, fascinación, atletismo sexual, seducción gratuita- y determinados gustos estéticos por lo joven y lo juvenil, que es probable que cambien en las épocas venideras cuando, por fin, se signifique la vejez y la linealidad entre sexos?. ¿Y no es cierto que se sabe que con la edad se compensan y afloran cualidades y aspectos que hasta entonces, por imperativos sociales, habían permanecidos relegados; así lo femenino, la bondad, la sabiduría, la espiritualidad, con cuanto de posibilidad de disfrute en

calidad diferente -dulzura, ternura,- tiene la emergencia de estos arquetipos otrora en la sombra -por referir términos jungianos?

### **6. La sexualidad en mayores que viven en centros geriátricos**

De particular interés es el ámbito de las relaciones sexuales dentro de las instituciones geriátricas. En la actualidad existe una alta probabilidad de que un gran porcentaje de ancianos pasen varios, si no muchos años, en una institución. No hay mucho escrito sobre los aspectos sexuales que acontecen y se desarrollan dentro de residencias y otros establecimientos similares. Algunos estudios indican que los viejos residentes en instituciones tienen pensamientos y sentimientos de orden sexual que son, de una u otra forma, exteriorizados. Esto, a tenor de lo que hemos indicado, no tiene nada de particular, salvo por las reacciones que este tipo de comportamientos y actitudes suscitan entre los trabajadores de estos centros. Una investigación de Latorre y Kear (1977), comprobó que entre el personal de las residencias de ancianos existe una actitud negativa, en términos promedio, ante los comportamientos sexuales de las personas de edad, especialmente frente a la masturbación.

Algunos autores han señalado que la actividad sexual de las personas que viven en una residencia es reducida. A este respecto es difícil establecer diferencias claras en relación a los mayores que viven fuera de las instituciones, pues no existen apenas trabajos de investigación comparativos. En estudios realizados por autores norteamericanos se ha observado que aproximadamente dos tercios de las personas mayores que viven en residencias están interesadas por la sexualidad, y la posibilidad de tener relaciones representa para ellos algo preferente. En estos estudios se dice, igualmente, y un tanto paradójicamente, que una parte importante de los residentes, aunque convivan con sus parejas, manifiestan no practicar relaciones sexuales; tan sólo practican caricias, besos, y otros preámbulos amorosos esporádicamente. Así pues, el ejercicio y la satisfacción sexual del colectivo estudiado por estos investigadores es relativamente baja, dándose un número importante de personas que no practican ningún tipo de relación sexual, si bien los datos interestudios no son concordantes. Los motivos que invocan para explicar estos resultados es la falta de ocasiones y por supuesto la falta de intimidad. En cualquier caso, los datos estadísticos y los resultados ponderados son escasos, y las dificultades metodológicas de contabilidad, importantes.

Nuestra experiencia en algunas residencias públicas españolas no coincide con muchos de estos estudios (Fernández Lópiz, 1993). Nosotros hemos podido comprobar que la recolocación de muchos individuos en este tipo de centros, una vez fuera del pueblo o del barrio,

y del estrecho control moral de estas comunidades de las que provienen, hace que aumente la posibilidad de intercambios sexuales, que en sus lugares de origen hubieran resultado prácticamente impensables. Incluso, algo relativamente común en las residencias públicas, se crean nuevas parejas, a veces obviando el enlace matrimonial, o haciendo un simulacro de enlace incluso religioso por parte de algún comprensivo sacerdote que luego no tramita la unión a los juzgados, dado que en el plano legal esto supondría la pérdida de la pensión de viudedad o la jubilación de uno de los cónyuges, y otros inconvenientes de tipo administrativo como el caso de las transmisiones hereditarias. Claro está que no ocurre lo mismo, también lo decimos por experiencia, en residencias regentadas por instituciones privadas, sobre todo las religiosas (Nélida Asili, 1993). Por ello, no creemos conveniente hablar de las instituciones geriátricas en general, sino siempre teniendo en cuenta el gobierno, la administración y el ideario de sus propietarios.

En general, en las residencias para ancianos hay cinco alternativas de comportamiento ante las demandas sexuales de sus inquilinos (Fernández Lópiz, 1998: 253-254):

1.- Política de no intervención, desde el entendimiento de que las relaciones sexuales conciernen por entero a la vida privada de los residentes y son éstos pues los que deben tomar sus propias decisiones.

2.- Política permisiva, en la que a los residentes se les da libertad, pero para hacer "lo que se debe". En estos casos, y según los usos de la cultura del centro, se trataría de estimular o inhibir, aunque de forma pasiva, los hábitos sexuales de los internados.

3.- Política de convivencia con los hijos de los residentes. En estos casos son las familias quienes deciden, según sus actitudes y valoraciones (a veces contradictorias), sobre la sexualidad de sus padres y abuelos.

4.- Política de facilitación. Ocurre esto cuando una institución entiende que la sexualidad es una óptima vía de comunicación y humanización de los residentes, razón ésta por la que se fomenta y facilita en los mismos una vida sexual rica y plena.

5.- Política de reglamentación. En estos casos la institución ordena y reglamenta las relaciones sexuales de los residentes, en la idea de que los contactos sexuales entre personas mayores no son naturales y, por tanto, reprobables.

Por lo común, se podría decir que el control sexual que perciben los inquilinos añosos en la mayoría de los centros es de tipo coercitivo, siendo que la vigilancia ejercida sobre estos es realmente estrecha, lo que

## PROPUESTAS

---

necesariamente repercute desfavorablemente en la espontaneidad y por supuesto en un descenso de los intercambios, más allá de lo que de suyo se produciría de no existir estas maneras de inspección. No podemos olvidar que los residentes tienen que adaptarse a un horario, tan sólo se les deja tiempo de intimidad durante la noche y el cansancio puede influir de forma determinante en la baja actividad. Estas circunstancias de ordenamiento horario y espacial llevan a algunas parejas de personas mayores a abandonar sus relaciones sexuales casi por completo.

Un aspecto que no puede pasársenos por alto es que, por razones de "supuesta" seguridad, las puertas de las habitaciones en muchas ocasiones se dejan abiertas por el personal, o bien no pueden cerrarse con cerrojo o llave, lo que necesariamente perturba las relaciones, dada la dificultad para un espacio de aislamiento y confianza, temiendo el interno que en algún momento una persona extraña les pueda sorprender. Como hemos advertido, es común, que por razones "morales" los cuidadores adopten reacciones negativas respecto a los internos que tienen relaciones sexuales. Algunas conductas prototípicas de los cuidadores suelen ser:

- mostrarse coléricos.
- hacer recriminaciones morales: reprimenda.
- trato infantil a los residentes.

En algunos centros, debido a la influencia que el staff y los miembros del personal tienen sobre la sexualidad de los inquilinos, hemos llevado a cabo programas especiales para paliar las actitudes viejistas en este plano. Después de la aplicación de estos programas normativos con el equipo asistencial, hemos podido observar un cambio de actitudes y una mayor tolerancia en general (Fernández Lópiz, 1992, 1994), disminuyendo la creencia del riesgo profesional que estas prácticas pudieran acarrear o los temores sobre la reputación del centro.

Pero no sólo hay que tener en cuenta las características del personal, sino también las de los propios residentes. En el terreno de las opiniones la cosa se reparte; mientras que algunos internos (más de la mitad según nuestros sondeos) creen que la sexualidad supone un riesgo para su salud física o su integridad moral, manteniendo actitudes conservadoras y restrictivas, y autolimitaciones, otros opinan que tiene efectos positivos (recordamos el concepto de "narcisismo negativo" y su repercusión sobre la salud a que antes aludíamos).

También el estado de salud de los residentes afecta. La mayor parte de las personas que viven en una residencia presentan a menudo problemas de salud física o mental. De igual forma hay que tener en cuenta los incidentes cotidianos, así como el lenguaje sexual, a veces vulgar, lo que puede tener una incidencia negativa. Así, determinados actos sexuales impropios, como tocamientos al personal o insinuaciones diversas (acoso), comportamientos sexuales "furtivos" (p.e. ser

sorprendidos con material pornográfico) y otros, pueden predisponer al personal a ser menos tolerantes.

En definitiva, la actividad sexual de las personas mayores que viven en residencias depende de las características de los propios usuarios, de la política de los establecimientos y, por supuesto, de las actitudes del personal asistencial. Todas las intervenciones encaminadas a favorecer la expresión de la sexualidad de los residentes, debe tener en cuenta estos tres factores. La expresión enriquecedora de transacciones efectivas en geriátricos es, no lo olvidemos, un asunto siempre complejo (más si se trata con población demenciada o incapacitada en alguna manera) y una asignatura pendiente para la gerontología institucional.

### 7. Homosexualidad

En relación al tema de la homosexualidad en los mayores, no existen sino escasas investigaciones documentadas (Reid, 1995; Kehoe, 1990). Otro problema adicional es la propia dificultad para establecer criterios claros para realizar una definición o una clasificación estricta basada sobre la atracción erótica exclusiva hacia personas del mismo sexo. En los estudios de Brecher (1985) sobre 4.246 sujetos, tan sólo se encontraron 56 hombres y 9 mujeres mayores que se consideraban homosexuales. También se observó que el 8 por ciento de hombres y el 11 de mujeres manifestaron estar atraídas por personas de su mismo sexo. Parece ser, pues, que pocas personas mayores se reconocen homosexuales, pero existe una proporción importante de ellos que han tenido experiencias de carácter homosexual a lo largo de la vida.

Algunos estudios refieren una cierta inadaptación social de las personas mayores homosexuales, en las cohortes estudiadas. Sin embargo, Kelly (1977) apunta que no es la homosexualidad el origen de las dificultades de adaptación del individuo de edad; es más bien el estigma social y educativo de esta orientación sexual lo que produce estos efectos. Así, la actitud negativa de la sociedad respecto a la homosexualidad puede traducirse en diferentes formas, que deben de tenerse en cuenta. Según hemos tenido oportunidad de observar en nuestros trabajos en centros e instituciones de mayores (p.e. Fernández Lópiz, 1996), en contacto con médicos, psicólogos del ramo, administradores y los mismos mayores, podríamos apuntar las siguientes señalizaciones:

- Los hospitales y las unidades de larga estancia no dejan mucha libertad en las visitas que reciben los homosexuales.
- En ocasiones las agencias de seguros prohíben que sea designado como beneficiaria de la póliza una persona homosexual.

-Los homosexuales no tienen la misma aprobación social que los heterosexuales.

No obstante, independientemente de las dificultades que puedan encontrar los homosexuales mayores, podría, igualmente, pensarse que estos no tienen inconvenientes suplementarios de ajuste en general (Nieto y Arias, 1995). De hecho, el nivel de ajuste relativamente elevado de los homosexuales mayores va en sentido contrario a la creencia popular, ya que la homosexualidad puede ser un factor que favorezca la adecuación a la vejez, al menos en algunos aspectos. El estilo de vida homosexual puede permitir al hombre ser más autónomo (p.e. en las tareas domésticas y el desenvolvimiento en el hogar en general) y con esto combatir mejor la asunción-inversión de roles y la discriminación social a la que se puede estar sometido en la tardoadulthood. De la misma forma, puede servir como ejemplo el caso de las lesbianas, que no sufren tanto los efectos de la menopausia al no adoptar el rol tradicional de la maternidad (Reid, 1995).

### **Bibliografía citada**

- ARAGÓ, J. M. (1986): "Aspectos psicosociales de la senectud".  
M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (eds.): *Psicología Evolutiva: Adolescencia, Madurez y Senectud*. Madrid: Alianza, Tomo III, 289-325.
- BRECHER, E.M. Y CONSUMER REPORTS BOOK EDITORS. (1985): *Love, sex, and aging*. Boston: Little, Brown.
- CROSETTO, M.A. (1996): "Epidemiología del climaterio". *Revista de la Escuela de Salud Pública Facultad de Ciencias Médicas*. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), Vol. 7, nº 1 y 2, 13-19.
- DEUTSCH, H. (1945): *The psychology of woman* (vol. 1). New York: Grune and Stratton.
- DEUTSCH, H. (1944): *The psychology of women* (vol. 2). New York: Grune and Stratton.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1998): *Psicogerontología: Perspectivas teóricas y cambios en la vejez*. Granada: Ediciones Adhara S.L.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1998): "Ideas y actitudes improductivas en la enseñanza con alumnos mayores". *Propuestas. Revista de la Universidad Nacional de La Matanza* Buenos Aires. Año III, 6, 107-128.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1996): "Gerítricos: Fundamentos y datos para una propuesta institucional". *Revista de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas*. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), Vol. 7, no 1 y 2, 21-48.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1994): *La Formación de Equipos Asistenciales en la Institución Guía teórico práctica de Análisis sistémico para mejora del clima social en centros clínicos, educativos y geriátricos*. Granada: Adhara, S.L.

## SEXUALIDAD Y VEJEZ

---

FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1993): "Estudio comparativo del clima social en centros geriátricos abiertos y cerrados: Aproximaciones tipológicas". *Folia Neuropsiquiátrica*. Vol. XVIII -Nº 2, 131-145.

FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1992): "Ecología de la Tercera Edad: Aspectos psicosociales y de optimización en residencias". En R. Rubio Herrera y E. Fernández Lópiz (Dir.): *Lecturas de Gerontología Social*. Granada: Instituto de Ciencias de la Educación. I.C.E. Uníversidad de Granada, 46-68.

FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. Y MARIN PARRA, V. (1998): *Proyecto Docente en Psicogerontología, Programación y Bibliografía por Temas*. Granada: Adhara, S.L.

FROMM, E.(1970): "Sexo y Carácter. En E. Fromm: La condición humana actual. Buenos Aires: Paidós.

KEHOE, M. (1990): "Loneliness and the aging homosexual: Is pet therapy an answer?". *Journal of Homosexuality*, 20, 3-4, 137-142.

KELLY, J. (1977): "The aging male homosexual: Myth and reality. *The Gerontologist*, 17, 328332.

KRASOIEVITCH, M. (1993): *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.

LATORRE, R.A. Y KEAR, K. (1977): "Attitudes toward sex in the aged". *Archives of Sexual Behavior*, 6, 203-212.

MASTERS, W.H. Y JOHNSON, V.E. (1970): *Human sexual inadequacy*. Boston: Little: Brown and Company.

MASTERS, W.H. Y JOHNSON, V.E. (1966): *Human sexual respnsos*. Boston: Little: Brown and Company.

NELIDA ASILI, P. (1993): "Religiosidad y sexo: efectos en la ansiedad de los ancianos asilados". *Geriatríka*, 9, 10, 449-460.

NIETO, J.A. Y ARIAS, S. (colab.) (1995): *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

REID, J.D. (1995): "Development in late life: Older lesbian and gay lives". En A.R. D'Augelli y C.J. Patterson (eds.): *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives*. New York: Oxford University Press, 215-240.

STARR, B.D. Y WEINER, M.B. (1981): *The Starr-Weiner Report on sex and sexuality in the mature years*. Nueva York: McGraw-Hill.

**OTRA BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS** (Tomada de Fernández Lópiz y Marín Parra, 1998)

ALEMÁN MINDEZ, S. (1993): "Comunicación sexual y tercera edad. Antes de hablar de los cambios fisiológicos". *Geriatríka*, 9, 8, 353-356.

## PROPUESTAS

---

BARRESI, C.M. Y HUNT, K. (1990): "The unmarried elderly: Age, sex, and ethnicity. En T.H. Brubaker (ed.): *Family relationships in later life*. Newbury Park: Sage Publications, 64, 169-192.

BRODERICK, C.B. (1982): "Adult sexual development". En B.B. Wolman (ed.): *Handbook of Developmental Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 726-733.

CROSE, R. Y DRAKE, L.K. (1993): "Older women's sexuality". *Clinical Gerontologist*, 12, 4, 51-56.

DEACON, S., MINICHELLO, V. Y PLUMMER, D. (1995): "Sexuality and older people: Revisiting the assumptions. Special Issue: Learning to live at all ages". *Educational Gerontology*, 21, 5, 497-513.

GARAY LILLO, J. Y LATORRE DOMINGO, C. (1996): "La sexualidad y la tercera edad". *Geriátrika*, 12, 7, 33-37.

GONZÁLEZ FELIPE, M. Y SZUREK SOLER, S. (1991): "Negación de la sexualidad en la tercera edad". *Geriátrika*, 7, 4, 184-189.

GONZALEZ FELIPE, M. Y SZUREK SOLER, S. (1991): "Sexo, edad y forma de vida como agentes modificadores de los niveles de depresión experimentados por los ancianos". *Geriátrika*, 7, 7, 333-343.

GONZALEZ FELIPE, M. Y SZUREK SOLER, S. (1990): "Influencia del sexo y la edad en la depresión del anciano". *Geriátrika*, 6, 10, 500-506.

HERRERA VENTURA, E. (1988): "La sexualidad de la mujer durante y después de la menopausia 1ª Parte". *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 82 25-33.

KARL, F. Y FRIEDRICH, I. (1991): *Partnerschaft und Sexualität im Alter*. Darmstadt, Al.: Steinkopf Verlag.

PFEIFFER, E. (1969): "Sexual behavior in old age". En E.W. Busse y E. Pfeiffer (eds.): *Behavior and Adaptions in Late Life*. Boston: Little, Brown.

REIG FERRER, A.; CLAVIJO FERNANDEZ-GOLFIN, C.; PADILLA GARCÍA, J.; TALAVERA BIOSCA, J.L.; PEREZ TORREGROSA, G.; REIG PASTOR, V.; RIBERA DOMENE, D. Y CARUANA VAÑO, A. (1992): "Actividad sexual y variables predictoras en personas de más de 60 años entrevistadas durante un programa de vacaciones del Instituto de Servicios Sociales". *Revista de Gerontología*, 2, 3, 167-172.

RIBERA DOMENE, D. Y REIG FERRER, A. (1991): "Comportamiento sexual en ancianos". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26, 4, 234-242.

SOLE ROMERO, E. (1989): "Afectividad, sexualidad y vejez. *Sociología de la Familia*". Bilbao: *Federación Española de Sociología del Estado Español*, 13, 44-73.



## SEXUALIDAD Y VEJEZ

---

SOURANDER, L.B. (1994): "Geriatric aspects of estrogen effects and sexuality". *Gerontology*, 40, Suppl 3, 14-17.

TURNER, B.F. Y ADAMS, C. (1983): "The sexuality of older women". En E.W. Markson (ed.): *Older Women*. Lexington, MA: Lexington Books, 55-72.

VALDIVIESO SÁNCHEZ, M.C. Y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, L.P. (1991): "Análisis del factor sexo como elemento diferenciador de la capacidad funcional del anciano". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27, 2, 89-94.

WEG, R.B. (1989): "Sensuality/sexuality of the middle years". En S. Hunter y M. Sundel (eds.): *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications*. Sage sourcebooks for the human services series. Newbury Park: Sage Publications, 7, 31-50.

0

0

0  
0  
0  
0

0  
0  
0

0

0

0

0  
0  
0  
0  
0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0