





AFECTOS Y SEXUALIDAD EN  
LA MADUREZ Y VEJEZ



FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ  
SONIA SORIANO RUBIO

AFECTOS Y SEXUALIDAD EN  
LA MADUREZ Y VEJEZ

Coedición:  
Universidad de Salamanca  
Ayuntamiento de Salamanca  
Universidad Pontificia de Salamanca

2013

# COLECCIÓN CUADERNOS DE LA EXPERIENCIA

*Dirección de la colección:*

MARÍA CLEMENTE LINUESA,  
Universidad de Salamanca

M.<sup>ª</sup> ADORACIÓN HOLGADO SÁNCHEZ,  
Universidad Pontificia de Salamanca

DIRECTORAS DEL PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO  
DE LA EXPERIENCIA DE CASTILLA Y LEÓN  
EN SALAMANCA

© Félix López Sánchez  
Sonia Soriano Rubio

Diseño de portada: a.f. diseño y comunicación

ISBN: 978-84-7299-981-7

Depósito Legal: S. 123-2013

Imprenta KADMOS  
Salamanca, 2013

## ÍNDICE

Prólogo. Excmo. Sr. D. ALFONSO FERNÁNDEZ MAÑUECO. Alcalde de Salamanca .....	9
Presentación. MARÍA CLEMENTE LINUESA .....	11
CAPÍTULO 1. ¿QUE NECESITAMOS LOS MAYORES PARA SENTIRNOS BIEN? NECESIDADES AFECTIVAS Y SOCIALES .....	13
1.1. Algunas teorías de las necesidades afectivas y sociales de especial aplicación en la vejez .....	14
1.2. Nuestro planteamiento sobre las necesidades afectivas y sociales en la vejez .....	16
CAPÍTULO 2. ¿QUE NECESITAMOS LOS MAYORES PARA SENTIRNOS BIEN? NECESIDADES SEXUALES Y AMOROSAS .....	25
2.1. ¿Y qué es la sexualidad? .....	25
2.2. Cambios en la fisiología sexual y edad .....	33
2.2.1. <i>Cambios en la mujer</i> .....	34
2.2.2. <i>Cambios en el hombre</i> .....	38
2.2.3. <i>Cambios en la respuesta sexual humana</i> .....	40
CAPÍTULO 3. CONDUCTAS SEXUALES EN LA MADUREZ Y VEJEZ .....	43
3.1. Limitaciones de los estudios .....	43
3.2. Estudios sobre la sexualidad en la vejez .....	44

CAPÍTULO 4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD Y VIDA AMOROSA .....	57
4.1. La edad .....	57
4.2. Tener o no tener pareja sexual disponible .....	57
4.3. La historia sexual de cada persona y de cada pareja.....	58
4.4. El tiempo que se lleva en pareja .....	59
4.5. Actitudes y creencias. Viejos y nuevos mitos sobre la sexualidad en la vejez .....	60
4.6. La aceptación o la resistencia de los hijos.....	64
4.7. Las características de las residencias.....	66
4.8. El sexo y género de las personas .....	69
4.9. Las generaciones de las personas mayores actuales.....	74
4.10. La jubilación.....	76
4.11. Problemas o disfunciones sexuales .....	77
4.12. Los problemas de salud .....	78
BIBLIOGRAFÍA: SI QUIERES SABER MÁS .....	81

## PRÓLOGO

Vosotros, nuestros mayores, sois uno de los colectivos más numerosos y heterogéneos de la sociedad y los representantes públicos tenemos la responsabilidad de ofrecer políticas sociales específicas que respondan a vuestras necesidades y a vuestras demandas.

El III Plan de Mayores, aprobado e impulsado por el Ayuntamiento de Salamanca como me comprometí antes de tomar posesión como alcalde, reúne 114 medidas concretas, 114 realidades para alcanzar el envejecimiento activo y saludable, como medio para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia

En esta misma línea, el derecho a la educación, recogido y salvaguardado por nuestra Constitución, no debe estar sometido a ningún límite de edad. Para las personas mayores este derecho tiene una significación especial porque representa vuestra oportunidad de actualización, de participación social y de organizar el tiempo que os proporcione formación y mejoría personal.

La Universidad de la Experiencia y estos cuadernos dan fe del trabajo bien hecho ahora que os beneficiáis de ese tiempo tan importante que antes os restaba vuestra vida profesional u otras obligaciones. El tiempo libre entendido como espacio para vuestro crecimiento personal y que, al margen de vuestra contribución al sostenimiento económico, familiar y social, debe estar siempre garantizado para vuestros propios intereses personales porque lo merecéis después de una dura vida de esfuerzos.

Desde hace años mantenemos la colaboración institucional para el Programa Interuniversitario de la Experiencia porque somos conscientes de que la calidad de vida de los mayores depende de factores biológicos, pero también de factores sociales, culturales y de los hábitos de vida.

Comparto vuestras preocupaciones y me alegro de vuestros éxitos. También quiero agradecer vuestro ejemplo, vuestro sacrificio y cómo sois capaces de continuar mejorando la sociedad que compartimos. A vuestro lado, nunca dejamos de aprender.

ALFONSO FERNÁNDEZ MAÑUECO  
*Alcalde de Salamanca*



## PRESENTACIÓN

Los comportamientos sociales del ser humano, ya sea en grupos, como en pareja: el afecto, la sexualidad, el respeto, la admiración, configuran una serie de temas dignos de ser analizados, estudiados y discutidos dentro de las distintas sociedades, culturas y, cómo no, en relación con las distintas edades de las personas.

Este fue el motivo por el que propusimos la realización de un curso intergeneracional que permitiera que especialistas en el tema trataran y debatieran con alumnos de distintas edades estos temas. Los alumnos que asisten al Programa Interuniversitario de la Experiencia aportarían la experiencia y madurez. Los alumnos de las distintas titulaciones traerían su juventud y frescura.

Se trataron los temas de la afectividad y sexualidad como un recorrido en las distintas edades, se debatieron asuntos como la libertad y la ética en las relaciones afectivas, se abordaron aspectos de la vida sexual y amorosa en las diferentes etapas de la vida.

Parte de estos asuntos se recogen hoy en este libro, que es ya el número doce de la colección Cuadernos de la Experiencia, una colección financiada por el Excmo. Ayuntamiento de Salamanca, a quien agradecemos su colaboración en nuestro programa, que hace posible que los alumnos de distintas edades participen de experiencias y de conocimiento enriquecedores.

Espero que la lectura de este texto sea de interés no solo para quienes participaron sino para cualquier persona que tenga interés por conocer mejor al ser humano, especialmente los alumnos del programa.

Salamanca, a 4 de marzo de 2013

MARÍA CLEMENTE LINUESA

*Directora del Programa Interuniversitario de la Experiencia*



## CAPÍTULO 1.

### ¿QUÉ NECESITAMOS LOS MAYORES PARA SENTIRNOS BIEN? NECESIDADES AFECTIVAS Y SOCIALES

A lo largo de todo el ciclo vital, los seres humanos estamos preparados y necesitamos el contacto y la vinculación, lo que quiere decir que si no entramos en contacto con los demás y nos vinculamos a algunas personas podemos morir (el peligro más extremo, lo encontramos de forma muy evidente en los bebés y personas dependientes en la vejez), desarrollarnos de manera deficiente emocional y socialmente o, en el menor de los casos, sufrir por tener relaciones interpersonales inadecuadas o conflictivas. En los más pequeños y en las personas mayores estas necesidades se acrecientan porque son más dependientes que los demás.

Cuando hablamos de necesidades, lo hacemos con un discurso que tiene como referencia el bienestar y las condiciones óptimas para alcanzarlo. Este discurso nos permite tener una brújula que nos oriente, porque aunque es posible una gran diversidad de biografías saludables en el recorrido de la vida, deja claro que no todos los caminos llevan al bienestar, porque los seres humanos somos como somos y no de otra manera, y por ello, así de simple, no podemos ser razonablemente felices sin resolver las aspiraciones propias de nuestra especie.

La especie humana es social y vincular, porque somos mamíferos (nacemos dependientes biológicamente de la madre), comunitarios (la madre de la cría vive asociada con una comunidad, formada por relaciones de parentesco, como mínimo, que generalmente pertenecen a un grupo social mayor llamado tribu, pueblo, nación, etc.) y nos vinculamos afectivamente de forma especial a determinadas personas o grupos (familia, amigos y pareja).

Así hemos sido hasta ahora, así somos y todo parece indicar que así seguiremos siendo en el futuro, porque esta "naturaleza" o "manera de ser" depende de las características estables de nuestra especie. Sin los cuidados de la madre (o su sustituto cultural), sin la comunidad y sin estar vinculado

de forma especial a algunas personas, el ser humano no sobrevive o vive con grandes aflicciones.

Por eso, podemos y debemos hablar de necesidades humanas, como venimos haciendo desde hace años, también y especialmente para entender la vejez (López, 2008).

Una persona no puede desarrollarse bien en cualquier ambiente, con cualquier oferta afectiva y social; una persona mayor no puede sentirse bien (bienestar subjetivo) y tener calidad de vida (bienestar objetivo) en cualquier circunstancia, etc. Cada especie tiene características específicas universales y, por ello, necesidades universales, por más que su forma de satisfacción admita una gran diversidad.

### 1.1. ALGUNAS TEORÍAS DE LAS NECESIDADES AFECTIVAS Y SOCIALES DE ESPECIAL APLICACIÓN EN LA VEJEZ

Entre las propuestas más recientes que confluyen con la teoría que venimos proponiendo desde hace años, hay dos que nos parecen especialmente interesantes, porque son de especial aplicación a la vejez. En primer lugar, la realizada por Deci y Ryan, (1985; 2000). Esta teoría, dando por supuesto que hay determinadas necesidades fisiológicas, reconoce tres necesidades psicosociales fundamentales para el desarrollo óptimo de las personas: Competencia, Pertenencia y Autonomía.

- (a) La "competencia" se refiere a la necesidad de sentir que los esfuerzos propios son efectivos y que se es capaz de conseguir lo que uno se propone. Una necesidad que cambia con la edad, especialmente con la edad avanzada. Aunque muchas personas mayores mantienen proyectos y propósitos o incluso se proponen nuevos objetivos que llegan a alcanzar con éxito, no es menos cierto que es propio de la vejez más avanzada o de las personas que sufren problemas de salud, el perder competencias en algunas capacidades, a la vez que se tiene el sentimiento de que ha pasado el tiempo de tener grandes proyectos.
- (b) La "autonomía" es la necesidad de sentir que uno puede tomar decisiones y llevar a cabo conductas por sí mismo. Es una necesidad muy limitada en la infancia y que a medida que avanza la edad, en el caso de la vejez, puede verse amenazada. Es verdad que son muchos los mayores que mantienen hasta el final de sus vidas una alta autonomía, pero no son pocos los que van perdiendo autonomía en diferentes campos y acaban dependiendo de los demás. De hecho,

la pérdida de la autonomía es uno de los temores mayores de los mayores.

- (c) La "pertenencia" es la necesidad de sentirse vinculado, en conexión afectiva y comprendidos por los demás. La necesidad de apego, amistad y cuidados está presente a lo largo de todo el ciclo vital. Es la primera y la más sentida en la infancia y es la que mejor se mantiene y se puede resolver hasta el final de nuestros días, siempre que tengamos personas que queramos y que nos quieran de verdad, que nos ofrezcan un adecuado sistema de cuidados. Lo veremos más claramente en la siguiente teoría que exponemos.

Desde esta teoría podemos darnos cuenta de como en la vejez pueden ser especialmente dolorosas la pérdida de la competencia y autonomía; y aun más la carencia de un grupo familiar de pertenencia, el hecho de estar solo.

La segunda propuesta de referencia (Steverink y Lindenberg, 2006) se centra en las necesidades sociales, los propósitos y los recursos. Para estos autores, las necesidades son lo que física y socialmente es necesario para el desarrollo y el bienestar de una persona. Éstas son inherentes a la especie humana, universales y están presentes a lo largo de toda la vida. Los propósitos y los recursos son los instrumentos para satisfacer las necesidades, satisfacción que puede hacerse en grados muy diferentes. Estos autores proponen como necesidades psicosociales básicas el Afecto, la Confirmación y el Status social.

- (a) La necesidad de Afecto requiere que la persona se sienta aceptada, amada, querida, comprendida y "empatizada", saber que sus sentimientos son recíprocos, tener el sentimiento de que otras personas están dispuestas a ayudarla sin esperar algo a cambio, saber que su bienestar está entrelazado con el de otras personas y sentir que otras personas quieren estar cerca física y emocionalmente. En definitiva, la persona necesita amar y sentirse amada como es ("*to be*").
- (b) La necesidad de Confirmación de su comportamiento es satisfecha cuando la persona siente que está obrando bien ("*to do*") según su propio criterio y a los ojos de otras personas que le son relevantes. Incluye hacer buenas cosas y hacerlas bien, sentirse una buena persona, ser útil, contribuir al bien común y formar parte de un grupo.
- (c) La necesidad de Status se satisface con el sentimiento de que uno está siendo tratado con respeto, tomado en serio, es independiente y autónomo, rinde más que otros (una característica que nosotros

no destacaríamos, por lo que tiene de comparación innecesaria) , tiene influencia, se hace a sí mismo y es conocido por sus logros, habilidades y recursos ("to have").

Estas necesidades pueden satisfacerse en diferente grado y compensarse o sustituirse entre sí, aunque cierto nivel de satisfacción de ellas es necesario para alcanzar el bienestar subjetivo.

Especialmente interesante es que estos autores han hecho una extensión de esta teoría que permite entender los cambios a medida que las personas envejecen, es decir, en relación con la edad. En efecto, aunque las necesidades permanecen a lo largo del ciclo vital, los recursos físicos y sociales, así como las oportunidades cambian, por lo que se hace necesaria una adaptación (sustitución y/o compensación). Por ello, postulan dos procesos de cambio. El primero es un patrón de cambio que suele consistir en que los recursos y posibilidades para satisfacer las necesidades afectivas se mantienen mejor que los referidos a las necesidades de status, mientras los recursos y posibilidades para la necesidad de confirmación se sitúan en un punto intermedio. El segundo patrón de cambio supone que hay una tendencia a sustituir y compensar la pérdida de satisfacción en el estatus, con un aumento de esfuerzos para satisfacer las otras dos necesidades (confirmación y afecto), a la vez que cuando hay una disminución de la confirmación, se hacen mayores esfuerzos por sustituirla y compensarla con el logro de la necesidad de afecto.

En otras palabras, la necesidad de afecto es la más nuclear y necesaria, la que tiene un rol más importante en la vida y la que, en la mayor parte de los casos, puede mantenerse más tiempo, porque lo que la satisface y los recursos para ello, pueden estar activos hasta el final de la vida, si la persona consigue mantener vínculos afectivos incondicionales y eficaces. También, señalamos por nuestra parte, la necesidad de afecto es la necesidad más difícil de sustituir o compensar, porque estar en contacto, abrazar y ser abrazado, amar y ser amado, no puede sustituirse, ni compensarse realmente cuando nos falta. Estar apegado a alguien que nos cuida y cuidar, si podemos, a quien estamos apegado es lo más necesario a lo largo de la vida, y más aun en la vejez.

## 1.2. NUESTRO PLANTEAMIENTO SOBRE LAS NECESIDADES AFECTIVAS Y SOCIALES EN LA VEJEZ

Pues bien, por nuestra parte, desde hace años, venimos desarrollando lo que estos autores que acabamos de citar llaman necesidades de pertenencia

o necesidades afectivas. En efecto, distinguimos tres tipos de relaciones “íntimas” que tienen un especial significado para el desarrollo emocional y el bienestar de las personas:

- (1) Las relaciones con la familia de origen y la familia nueva creada, si fuera el caso, en torno a la pareja.
- (2) Las relaciones de amistad.
- (3) Las relaciones de pareja.

Es decir, hemos desarrollado y profundizado en las relaciones de pertenencia distinguiendo vínculos y relaciones que tienen especificidad propia. Esto nos permite aplicar mejor esta teoría a la vejez.

En realidad, si tenemos en cuenta toda nuestra teoría y no solo las necesidades afectivas, veníamos proponiendo desde hace años una clasificación más amplia distinguiendo:

- (a) Necesidades biofisiológicas, obviamente no negadas por nadie porque somos corporales;
- (b) Necesidades cognitivas, porque el ser humano, además de manejar información, “se hace preguntas, interpreta y da sentido a la realidad” porque somos mentales;
- (c) La necesidad de participación, que es un concepto que nosotros usamos para expresar las necesidades de competencia y autonomía de la primera teoría y de confirmación y estatus de la segunda. Una participación efectiva en todo lo que le concierne para que la persona se sepa dueña de su vida, y una participación que sea reconocida y valorada por los demás.

Estas cuatro necesidades psicosociales, propuestas por esos autores mencionados, pueden efectivamente reducirse a dos con independencia del nombre:

- Ser dueño de la propia biografía, organizando la propia vida de forma competente y autónoma,
- Ser bien aceptado/reconocido por los demás, al menos por el círculo de personas que nos son socialmente significativas. Para ello es fundamental desde la infancia a la vejez la participación, tener un lugar social. Participación que en la vejez tiene mucho que ver con poder seguir organizándose la vida con autonomía y seguir relacionándose con los demás.

Aquí nos vamos a centrar en las necesidades afectivas, sociales y sexuales, pero queremos dejar asentadas dos cosas fundamentales. La primera, señalar que en la vejez la necesidad de comprender el sentido de la vida se hace especialmente acuciante, porque aumenta la conciencia de temporalidad y vulnerabilidad. Por ello, hemos dedicado un capítulo al sentido de la vida en la vejez en nuestra publicación de referencia sobre este tema (López, 2012). La segunda, indicar que la marginación de las personas mayores, la no participación de éstos en la vida social y en la toma de decisiones socio-políticas, no es solo un problema para los mayores, es una grave pérdida para la sociedad. Pero no son estos temas los asuntos de este pequeño libro.

Nuestra taxonomía de necesidades afectivas está en relación directa con las condiciones que se requieren para satisfacerlas: la familia, los amigos y la pareja. Las formulamos así porque el ser humano es un ser social y vincular y la naturaleza de los vínculos tiene contenido: las relaciones de parentesco, las relaciones con los iguales y el grupo al que se pertenece y las relaciones con la pareja sexual/amorosa:

a) *Necesidad de seguridad emocional: aceptación, estima afecto y cuidados eficaces*

El mundo emocional de las personas depende en gran medida de las personas con las que se vinculan y de las interacciones que tienen con ellas.

La necesidad más primaria es la de seguridad emocional que incluye la experiencia de ser aceptado incondicionalmente, ser querido, ser valorado y ser cuidado por personas que se perciben como eficaces. Es sentida subjetivamente como necesidad de sentirse querido, aceptado, apoyado, acompañado, valorado, protegido, cuidado, etc.

Es la necesidad cuyos satisfactores (los hijos, los hermanos, la pareja, las amistades) pueden mantenerse mejor en la vejez (salvo los padres, claro está), siendo finalmente una necesidad tan importante que si se satisface en la vejez, se puede aceptar, aunque no sin un proceso costoso, la pérdida de otras fuentes de satisfacción.

La insatisfacción de esta necesidad es vivida como abandono, soledad, marginación, rechazo, aislamiento, inseguridad, miedo, ansiedad, desamparo, etc. El vínculo que satisface esta necesidad es fundamentalmente el del apego, que es el único que, en su propia naturaleza, conlleva la incondicionalidad de la aceptación. Todos necesitamos al menos una figura de apego que nos ofrezca todo eso; pero es mejor que sean varias. Disponer, a ser posible, de varias figuras de apego adecuadas es, por consiguiente, fundamental, desde este punto de vista. Tener, al menos, una figura de apego, es

una condición imprescindible para el apropiado desarrollo de la infancia y para el bienestar de los adultos y de las personas mayores.

En el caso de los adultos es más fácil construir una autonomía sin incondicionalidad de otras personas; pero no se consigue sin sufrimientos y soledades. Lo ideal es seguir disponiendo del amparo de la familia de origen (incluso poder mantener a sus miembros en el recuerdo, después de muertos) y establecer relaciones recíprocas de Apego y Cuidados con la pareja. La seguridad de la relación que puede llegar a construirse en la pareja permite disfrutar la mutua dependencia, libremente elegida y sostenida en el tiempo, viviendo otra forma de incondicionalidad en la seguridad de amar y ser amado. Una incondicionalidad humana, vulnerable, pero sentida como segura, gracias a los logros de la intimidad y a los compromisos confirmados con la experiencia vivida. Esta función la pueden hacer también en la vejez los hermanos y los hijos, si son cuidadores tan eficaces que se perciben como incondicionales. Excepcionalmente puede ofrecer también esta seguridad un amigo o amiga.

#### *b) Necesidad de red de relaciones sociales*

Pero al individuo no le es suficiente con disponer de una o varias figuras de apego y una familia, sino que tiene también la necesidad de ampliar su mundo de relaciones con los iguales y con la comunidad. El individuo y la familia nuclear no pueden vivir aislados, incluso les sería casi imposible sobrevivir en esas condiciones. Necesita una amplia red de relaciones sociales para no sentirse marginado, aislado socialmente y aburrido. Estas relaciones satisfacen la necesidad de sentirse perteneciendo a un grupo y una comunidad, compartir proyectos, divertirse en común, etc. Se satisface a través de las relaciones con los iguales, los vínculos de amistad y el sentimiento de pertenencia a un grupo. Favorecer las relaciones de amistad, la formación de grupos y el asociacionismo es fundamental, desde este punto de vista.

Los amigos y compañeros de edad nos permiten saber quien somos, cual es nuestra identidad de niño, joven, adulto o viejo; comunicarnos con alguien que en ocasiones puede comprendernos y apoyarnos mejor que los propios padres o familiares; jugar y divertirnos de forma diferente, explorar la realidad más allá de la familia, ensayar conductas, cooperar en pie de igualdad, defender nuestros derechos y los de los demás, etc. Desde el punto de vista de la sexualidad, la red social y las amistades nos permiten conocer nuevas personas, seducir y ser seducidos y, si fuera el caso, enamorarnos, tener nuevas parejas o una vida sexual y amorosa convencional o no convencional.

La diferencia más importante con el vínculo del apego es que estas relaciones son voluntarias y siempre exigen reciprocidad, obligándonos a salir de nosotros mismos y tener en cuenta a los demás. Los padres nos vienen dados, los amigos y amigas lo son de una manera mucho más voluntaria y libre, los amigos nos los tenemos que merecer.

El riesgo más importante en este caso es el aislamiento social, la falta de contacto con su grupo de iguales y la carencia de grupos, asociaciones o comunidades que favorezcan el establecimiento de una amplia red de relaciones sociales. Si es así, se sufre de soledad social, una soledad que, en todo caso, las personas mayores soportan mejor que la soledad emocional. Efectivamente, las personas mayores pueden mantener hasta el final de sus días relaciones de amistad, y eso es deseable, pero no es menos cierto que a medida que se envejece las relaciones de amistad se hacen más selectivas y se puede producir una desvinculación de aquellas personas que son afectivamente menos importantes.

### c) *Necesidades sexuales y amorosas*

La necesidad de contacto sexual y vinculación amorosa no sólo es evidente desde el punto de vista de la necesidad de supervivencia de la especie, sino también desde el punto de vista de la necesidad de intimidad corporal y comunicación que siente cada persona. Necesidad de contacto, de placer en el encuentro y de intimidad emocional.

Por otra parte, la satisfacción de esta necesidad puede verse enriquecida si se alcanza la amistad y el apego, dentro de la pareja, y aun más, si cada uno cuida y se siente cuidado por el otro.

La vida de pareja puede proporcionar el mayor bienestar y el mayor dolor. Por un lado, las emociones más positivas, mar embravecido por el deseo, la atracción o el enamoramiento; mar de plenitud, en el logro de la intimidad; y balsa segura en brazos de cuidados que se perciben como incondicionales. Por otro, las emociones más negativas, los celos, el miedo, la aversión, la hostilidad, la ira, la ansiedad, la desesperación, y los sentimientos más desconsolados de abandono y soledad (López, 2009).

En las personas de edad, la pareja, si se dispone de ella y las relaciones son adecuadas, se convierte en la pieza fundamental no solo para satisfacer las necesidades sexuales y amorosas, sino también la necesidad de seguridad, gracias a que en la pareja pueden desarrollarse dos sistemas, el de apego y el de los cuidados. Estar apegados mutuamente y cuidarse el uno al otro acaba siendo el núcleo sobre el que se asienta el bienestar subjetivo de muchas personas en la vida adulta y la vejez. Por eso, estar solos o

haber perdido a la pareja puede arrastrar no solo dificultades para resolver las necesidades sexuales y amorosas, sino también la necesidad de sentirse seguro, protegido, querido y cuidado incondicionalmente.

Lamentablemente, durante la vejez, es frecuente que la satisfacción de estas tres necesidades esté amenazada por diferentes causas.

En primer lugar, las personas mayores tienen que afrontar numerosas pérdidas en relación con su familia y, tal vez, su pareja. La pérdida de los padres, si no han muerto antes, y algunos hermanos, son muy significativas y dolorosas porque en la mayoría de los casos han sido sus figuras de apego durante toda la vida. Si se trata de una persona mayor soltera, separada o viuda, puede quedarse sin figuras de apego, sufriendo una intensa soledad emocional.

En segundo lugar, a medida que avanza la vida se van perdiendo amigos y amigas, con el riesgo de ir desapareciendo una parte importante de la red social. En este caso, la pérdida puede tener como causa la muerte o simplemente el cambio de residencia, tan frecuente en los mayores. Esta falta de red social puede generar sentimientos de soledad social: la experiencia de carecer de apoyos más allá de la familia, amigos y amigas con quien divertirse, pasear, jugar, etc.

En tercer lugar, en el caso de los que viven en pareja, uno u otro, acabarán quedándose solos, perdiendo la que suele ser figura central de apego en la vida adulta y vejez, a la vez que pierden su compañero o compañera sexual y amorosa. De esta forma, tienen que sufrir el duelo y aprender a vivir solos, al menos durante un tiempo, después de años de convivencia. Esta soledad sexual-amorosa, si no puede ser compensada en parte por otras figuras de apego familiares o por nuevos vínculos, puede hacer especialmente difícil la vejez.

En efecto, desde el punto de vista de las carencias y sufrimientos, cuando no se satisfacen estas necesidades, son frecuentes los sufrimientos de soledad por no tener figuras de apego que nos cuiden, no tener amistades con las que compartir el ocio o no tener una relación de pareja a quien abrazar y besar. El sufrimiento más común es el de soledad, una de los más reconocidos por las personas mayores.

De esta forma, dependiendo de los vínculos que la persona carece, hay tres tipos de soledad:

- La soledad emocional: la carencia real o percibida (porque al final la realidad es interpretada y sentida por la persona) de una o varias personas que nos aceptan como somos, nos expresan y dan afecto, nos estiman y nos cuidan de manera eficaz e incondicional. Incondicionalidad quiere decir que no ponen condiciones (como ocurre con

los padres, en relación a los hijos) o que no necesitan poner condiciones porque están seguras de que no le van a fallar (por ejemplo en la dependencia amorosa comprometida).

La superación de esta soledad solo la podemos hacer cuando alguien activa con nosotros el Sistema de Cuidados de forma estable, eficaz e incondicional, a la vez que nosotros nos apegamos, nos vinculamos activando el Sistema de Apego, a esa persona.

- La soledad social es la falta de una red social y de amistades con las que podamos satisfacer nuestras necesidades lúdicas, nuestra exploración más allá de la familia, nuestra participación en la comunidad, los escarceos sexuales y amorosos, etc. Es sentida como aislamiento social, marginación, aburrimiento, no tener con quien pasar el tiempo, disfrutar de la vida más allá de la familia, etc. Los amigos o amigas son la manera más nuclear de satisfacer esta necesidad.
- La soledad sexual/amorosa es la falta de, al menos, de una relación sexual/amorosa con la que disfrutar de la excitación, el placer del contacto sexual y la intimidad amorosa, en la que nos sentimos entendidos y con la que conseguimos una verdadera conexión emocional. Porque la intimidad amorosa es, sobre todo, conexión emocional, capacidad para expresar y entender emociones que llegan a compartirse. Se satisface con el Sistema Sexual/Amoroso que además puede dar lugar a relaciones de apego y cuidado mutuos, si se trata de una pareja estable. Es decir, esta soledad no se supera con la actividad sexual ocasional, sin intimidad ni compromiso, con independencia de que ésta puede ser muy satisfactoria en sí misma.

Pero estas necesidades están, especialmente en ciertos aspectos, interconectadas, tanto por aquello de lo que se carece, como en las satisfacciones que ofrecen. Por ello hay que tener en cuenta que también la familia puede funcionar como red social (especialmente en el caso de las familias que forman verdaderos clanes), algunas amistades como apoyo emocional (de forma que puede haber amistades con roles muy similares a lo que entendemos por figura de apego) y la pareja, que con frecuencia se convierte en la figura de apego más importante (que nos cuida y cuidamos), por lo que los diferentes satisfactores afectivos están relacionados y también, por consiguiente los diferentes tipos de soledad.

El siguiente esquema propone nuestra teoría en conexión con los demás autores: somos corporales (necesidades biofisiológicas) mentales (necesidades mentales) sociales e individuos (necesidades afectivas o de pertenencia y necesidades de participación):



Es así como se puede comprender lo importante que es para las personas mayores resolver bien, hasta el final de sus días, las necesidades afectivas y sexuales.

Por ello, creemos que se debe favorecer el que las personas mayores y viejas mantengan los vínculos afectivos y las relaciones sociales, especialmente con sus amistades, o dicho de otro modo, que no sufran de soledad.



## CAPÍTULO 2.

### ¿QUÉ NECESITAMOS LOS MAYORES PARA SENTIRNOS BIEN? NECESIDADES SEXUALES Y AMOROSAS

Como acabamos de ver, las relaciones familiares y las amistades son dos de las necesidades más importantes en la vejez, para no sufrir de soledad emocional y soledad social. La intimidad sexual y afectiva con la pareja es la tercera necesidad interpersonal, por cierto íntimamente relacionada con las otras. De hecho, el tener pareja permite no solo disfrutar de la vida sexual y amorosa, sino tener relaciones de apego (especialmente en la vejez, cuando ya se ha perdido a los padres y, con frecuencia, a algunos hermanos). Por eso, cuando se niega o persigue la vida sexual y amorosa en la vejez, no solo se reprime la sexualidad, sino que se condena a las personas mayores a la soledad. Por otra parte, la pareja facilita el compartir la red de amistades de los dos, enriqueciendo las relaciones, siendo además, el otro miembro de la pareja, también un amigo o amiga con el que poder cubrir buena parte de las necesidades de amistad.

Pues bien, de todas estas necesidades la menos reconocida y la más reprimida es la necesidad de relaciones sexuales y amorosas, por eso le dedicamos mayor espacio en esta publicación.

#### 2.1. ¿Y QUÉ ES LA SEXUALIDAD? SOMOS SEXUADOS

Acostumbramos a hablar de sexualidad como si ésta fuera una cosa más, entre las muchas que tenemos, como la nariz y los ojos, por ejemplo. A veces, con más acierto, decimos que la sexualidad es una dimensión que impregna todo.

Nosotros preferimos decir que "somos sexuados", porque la sexualidad impregna todo nuestro ser (el cuerpo, el pensar, el sentir y el hacer).

a. Nuestro cuerpo es sexuado en su anatomía y fisiología:

- Nuestro programa genético es sexuado y por ello lo son todas nuestras células.
- Nuestro cerebro es sexuado en su estructura y, sobre todo, en su funcionamiento.
- Nuestras hormonas son sexuadas, impregnándonos e influyendo en nuestra conducta.
- Nuestros genitales internos y externos son sexuados.
- Nuestra figura sexual es sexuada.
- Nuestra función en la reproducción es sexuada.

Estos diferentes aspectos, según se combinen, dan lugar a formas diversas de ser hombre o mujer y a otras, menos frecuentes, que presentan alguna diversidad intersexual.

b. Nuestra manera de pensar es sexuada, conformada, en este caso, tanto por las bases fisiológicas en las que se asienta el pensar como, sobre todo, por la conformación social que cada uno de nosotros hacemos de las construcciones sociales sobre la sexualidad y el género:

- Procesamiento sexuado de la información (con esquemas de género): atención, percepción, interpretación, memoria, recuperación, etc.
- Fantasías de contenido sexual.
- Planificación mental de la conducta sexual.
- Valores y actitudes en relación con la sexualidad.
- Contenido mental sexuado de los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y sociales (apego, amistad, sistema de cuidados).
- La identidad que nos atribuimos es sexuada sea cual sea su diversidad.

c. Nuestro humor, emociones, sentimientos y afectos son sexuados, especialmente los afectos sexuales: el deseo y su orientación, la atracción y las características estimulares de éste y todo el proceso de enamoramiento.

d. Nuestro hacer, nuestras conductas concretas, no solo las que consideramos expresamente sexuales sino todas las actividades de la vida cotidiana, nuestra forma de ejercer la profesión, nuestra forma de vivir, etc. es sexuada.

Y si somos sexuados, como somos corporales, emocionales y lingüístico-mentales, no podemos decir que tenemos (como si fuera una parte) sexualidad,

sino que somos sexuados. Lo somos desde que se dio un salto cualitativo en la evolución: la aparición de seres vivos sexuales, la reproducción sexual y, por ello, la individualidad (somos distintos al padre y la madre), la identidad sexual (somos alguna forma de diversidad entre hombre y mujer) y el género o roles sociales asignados convencionalmente al hombre y a la mujer.

El ser sexuados conlleva la necesidad de deseo (para asegurar la supervivencia de la especie o buscar el encuentro placentero) y la atracción (para seleccionar las mejores compañías para reproducirse o disfrutar de la relación). El enamoramiento como fascinación sexual y afectiva alimenta el deseo, la atracción y todos los placeres y gozos del encuentro interpersonal y tal vez contribuya a permanecer juntos cuidando a la cría, si es el caso).

### *La especificidad de la sexualidad humana*

Compartimos muchas cosas con otras especies sexuadas, especialmente con los mamíferos y, dentro de ellos, con los primates. Las semejanzas son tantas que no está clara la excepcionalidad humana, sino que se constata que compartimos una larga historia evolutiva. La excepcionalidad humana solo tiene pleno sentido si se mantienen tesis creacionistas, en lugar de evolucionistas.

Pero el hecho de que compartamos una larga historia, mucho más larga que la de la propia humanidad, no quiere decir que no se hayan dado algunos saltos cualitativos en la forma de vivir la sexualidad por parte de los humanos. ¿Cuáles son éstos?

La sexualidad animal pertenece al reino de la necesidad. Su sexualidad es instintiva, preprogramada, de forma que, en realidad, no pueden tomar decisiones propiamente dichas sobre su sexualidad.

Las hembras de otras especies (aunque seguramente habría que hacer mayores precisiones en relación con algunos primates) no deciden cuando desean, se sienten atraídas sexualmente y tienen conductas sexuales activas con los machos. Buscan a los machos y se aparean cuando tienen el "celo". Se aparean durante el celo y no se aparean antes, ni después, ni cuando están preñadas, etc. Su conducta es instintiva y muy previsible. Por eso existen los lugares donde se llevan las yeguas, las vacas, etc., para que se apareen y queden preñadas.

Por otra parte, los machos de estas especies están siempre disponibles para la actividad sexual, salvo agotamiento, enfermedad o vejez avanzada. Éstos, en efecto, no pueden decir "no" a una oportunidad de actividad sexual.

Por ello, puede decirse, con razón, que en estas especies la sexualidad es un instinto preprogramado orientado a la reproducción, siendo las hembras las que instintivamente regulan la conducta de los machos.

También por este motivo, la variabilidad de las conductas sexuales es mucho menor que entre los humanos.

En el caso de la sexualidad humana se ha producido un salto cualitativo –aunque no sepamos con precisión cuándo y cómo sucedió–, por lo que decimos que está en “el reino de la libertad”. De hecho, buena parte de las religiones no parecen haberse dado por enteradas de ese cambio o no son consecuentes con él, salvo para culpar a ambos sexos de sus supuestos incumplimientos morales.

La diferencia fundamental está en que hombres y mujeres podemos tomar decisiones sobre nuestra vida sexual.

Las mujeres pueden tomar decisiones sobre su vida sexual con independencia del momento del ciclo en que estén, incluso cuando están embazadas o ya están en la menopausia. Pueden sentir placer y alcanzar el orgasmo en cualquier momento de su ciclo, estando preñadas o siendo viejas. Pueden decir “sí” o “no” a una actividad sexual con otra persona en todo momento. Su sexualidad es objeto de decisiones libres y no está vinculada necesariamente a la procreación, sino que puede tener otros muchos fines o funciones. Por tanto, la sexualidad de la mujer no está preprogramada hasta el punto de que su deseo, atracción y conducta esté determinada instintivamente. La procreación es una posibilidad durante cierto tiempo de su vida, pero ésta no regula su actividad sexual.

La mujer puede y debe sentirse dueña de su sexualidad y construir su biografía sexual por razones, motivos o circunstancias muy diversas, teniendo, en razón de su naturaleza sexual, una gran libertad de decisión. No es la Naturaleza, ni la voluntad de Dios lo que debe regular su actividad sexual y el número de hijos, sino su libertad y responsabilidad.

Los hombres también pueden y deben tomar decisiones sobre su actividad sexual. La idea ancestral de que los hombres no rechazan una oportunidad de relación sexual, además de ser falsa, les animaliza y puede servirles de coartada para legitimar la coerción y la violencia sexual. El hombre no es un macho preprogramado, siempre disponible y sin capacidad para controlar su instinto sexual, sino un ser humano que puede y, por tanto, debe tomar decisiones sobre su actividad sexual. También puede y debe construir en libertad y responsabilidad su biografía sexual y amorosa.

Precisamente por ello la sexualidad humana también tiene una dimensión ética: La libertad propia debe tener en cuenta la libertad ajena, por lo que debe ser desterrada toda forma de presión, coerción o violencia. Salvo

la actividad autoerótica, sobre un cuerpo que nos pertenece, las actividades sexuales que implican a otras personas deben ser aceptadas, decididas con libertad por ambos.

La sexualidad no es un asunto individual, sino interpersonal, siempre que implique un tipo u otro de interacción.

Los seres humanos además de atribuirnos libertad, nos damos significado, atribuyéndonos una dignidad a todos y cada uno de nosotros. Esta dignidad autoasignada nos exige tener en cuenta la dignidad de los demás, fundamento, junto con la libertad, de una verdadera ética amorosa.

En estos días ultimamos un cuestionario con los principios básicos de ésta ética amorosa, resumidos de la siguiente forma (y desarrollados en multitud de ítems concretos). No podemos explicarlo con detalle ni reproducirlo por su extensión, pero animamos al lector o estudioso a que razone sobre los siguientes principios:

1. En las relaciones sexuales y amorosas yo creo que debemos tratarnos reconociendo siempre la dignidad del otro/a, nunca tratando al otro/a como un objeto, nunca instrumentalizando al otro/a buscando únicamente el propio provecho, sino tratando, en definitiva, al otro/a como nos gustaría que nos trataran a nosotros mismos.

- Muy de acuerdo (1)
- Bastante de Acuerdo (2)
- No puedo definirme (3)
- Bastante en Desacuerdo (4)
- Muy en Desacuerdo (5)

1                      2                      3                      4                      5

2. Creo que cuando dos personas tienen relaciones sexuales-amorosas, las dos deben ser libres para aceptar o no esas relaciones.

1                      2                      3                      4                      5

3. Creo que cuando dos personas tienen relaciones sexuales-amorosas no solo es bueno que uno/a busque su propio placer, sino que también debe ocuparse e intentar que el otro/a disfrute y quede satisfecho/a en la relación.

1                      2                      3                      4                      5

4. Creo que en las relaciones, los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos y obligaciones; que las normas, la ética o la moral sexual deben ser igualitarias tratándose con justicia y equidad.

1                      2                      3                      4                      5

5. Creo que en las relaciones sexuales y amorosas hay que ser leales, tener la honestidad de decir al otro/a lo que realmente queremos de él/ella, los sentimientos reales que tenemos hacia él/ella y los compromisos reales que asumimos.

1                      2                      3                      4                      5

6. Creo que en las relaciones sexual-amorosas hay que cuidar la salud propia y la salud del otro, no asumiendo prácticas de riesgo que puedan provocar infecciones, otros problemas de salud o dar lugar a hijos no deseados.

1                      2                      3                      4                      5

Esta sexualidad libre y éticamente responsable tiene **otras muchas características** antropológicas propiamente humanas (aunque algunas las comparten, parcialmente otras especies, muy cercanas a la nuestra):

a. Los seres humanos nos hemos puesto de pie, somos bípedos y esto nos ha permitido liberar los brazos y desarrollarlos de forma espectacular. Su uso ha contribuido a desarrollar el cerebro y usarlos instrumentalmente para numerosas tareas.

Los brazos, articulados y con dedos que nos permiten abrazar, llevar en brazos, coger y acariciar. Los dedos acaban en "yemas", almohadillas suaves especialmente dotadas para la caricia. Por eso tienen funciones fundamentales en la crianza de los hijos y en la sexualidad y la vida afectiva en general. En cierto sentido podría decirse que son tan importantes instrumentalmente como los genitales, aunque en estos asuntos (como en casi todos) las comparaciones no tienen sentido. En algunas personas con ciertas discapacidades o ya muy mayores, sus brazos y sus dedos pueden ser un recurso extraordinario.

Podríamos decir que los brazos, las manos y los dedos no solo tienen un rol fundamental en la estimulación, sino en el afecto y la expresión de todas las formas de ternura.

Al ponernos de pie, la pelvis ha basculado hacia adelante, con lo que nos permite coitar de manera frontal. La interacción frontal es un privilegio de la especie humana, sin que hayamos perdido otras posibles posturas. Interacción frontal que también adoptamos en el amamantamiento en la infancia y en otras muchas actividades interpersonales.

b. Los seres humanos no solo tenemos una geología sexual que impregna las capas interiores de nuestro cuerpo, sino que estamos muy desnudos, con pelos, en los casi dos metros cuadrados de piel que tenemos. Estos nos

permite un acceso directo y cálido a los millones de receptores y emisores de que estamos dotados de pies a cabeza: sensaciones y estímulos erótico-placenteras directas, con acceso mutuo a la piel. Una geografía sexual con una supuesta capitalidad (los genitales), unas zonas turísticas privilegiadas (las llamadas zonas erógenas) y, lo que suele olvidarse, todo un mapa corporal sexuado lleno de montes y valles, arroyos y fuentes, playas y bosques, recodos siempre por explorar, etc. Todo ello vivido de forma personalizada y diversa, de forma que nunca hemos de presuponer cual es la verdadera capital o las zonas erógenas o los lugares preferidos de la otra persona. Preferencias personales y descubrimientos nuevos o cambios evolutivos hacen de cada persona un mundo siempre por explorar.

La comunicación y la exploración son, por todo ello, fundamentales y, en cierta medida, inacabables.

c. Los seres humanos tenemos una enorme expresividad emocional y gran capacidad de expresión oral. Ello nos permite ser empáticos (ponernos en el lugar del otro y compartir de forma vicaria sus emociones) y conocer los significados que para el otro tiene la actividad sexual y las relaciones amorosas.

Es de esta forma como podemos lograr la intimidad: el entendimiento mutuo, a la vez que se comparten emociones y afectos, ayudándonos a salir de la soledad conectando con quien nos abraza, acaricia, etc.

Es así como podemos salir de nuestra soledad y sentir y tocar con los dedos la comunión interpersonal, respondiendo al deseo de unión de los amantes, tan bien expresado por los poetas.

d. Los seres humanos tenemos afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y afectos sociales (apego, amistad y sistema de cuidados) que nos permiten vincularnos a los demás en mil formas e intensidades, resolviendo nuestra necesidad e contacto y vinculación (López, 2010).

Aspecto este central en que hemos de enriquecer la sexología que casi solo se ha ocupado del deseo.

e. Los seres humanos, gracias a nuestra memoria, conocimientos y capacidad de planificación, junto con la construcción cultural de formas de relación, podemos comprometernos con la pareja. Compromiso que hoy día, finalmente, en algunos países como el nuestro podemos organizar de formas casi infinitas en cuanto a la forma de compromiso, la persona con la que nos comprometemos y el tiempo que mantenemos la alianza. Porque hemos

conquistado la libertad para vincularnos y desvincularnos, libertad dada por la naturaleza de nuestra sexualidad y negada durante siglos.

Por todo ello, podemos y debemos sentirnos libres y responsables para construir nuestra biografía sexual y amorosa, en la diversidad más cercana a nuestra autenticidad, sin miedo a ser lo que somos y lo que queremos y podamos ser.

f. La sexualidad ha sido siempre objeto de interpretación, legislación y creación de instituciones, porque el ser humano es sexual, pero también social y muy cultural.

No es el lugar para extendernos en lo obvio, pero es evidente que todas las sociedades y culturas socializan a las personas de forma diferente, también en relación con la sexualidad.

La historia que conocemos, en este caso, es más bien dolorosa: la construcción de roles y géneros discriminatorios, la creación de instituciones cerradas como el matrimonio, las leyes y normas morales han perseguido con frecuencia toda diversidad, han discriminado a la mujer y han inculcado una moral sexofóbica, todo ello presente aun en numerosos países del mundo.

Esta interpretación casi siempre ha descalificado el interés sexual de las personas mayores, persiguiendo cualquier manifestación fuera del matrimonio heterosexual convencional y considerando que no es propio de las personas mayores seguir motivadas por la actividad sexual

Numerosas creaciones artísticas y culturales han enriquecido la sexualidad humana y algunas de las leyes parecen razonables y necesarias, pero es bueno que seamos conscientes del tiempo y los esfuerzos que han hecho falta para que las personas puedan construir su biografía sexual y amorosa con libertad, especialmente en la vejez.

Necesario es que estemos atentos a que no vuelvan los viejos mitos (hoy bien conocidos, como la reducción de la actividad sexual al coito para procrear), pero hemos de estar atentos a los nuevos mitos que la sociedad de mercado (y las industrias que comercializan con unos u otros aspectos de la sexualidad, por ejemplo, prescribiendo la actividad sexual, como si ésta fuera obligatoria) está creando. No es éste el tema que hoy nos ocupa pero, querido lector, le aconsejo que intente observarlos, analizarlos y no dejarse influir por el pensamiento y los valores dominantes, porque el poder, que nunca está ausente, siempre debe estar bajo sospecha. Un caso significativo de la manipulación del pasado y del presente: En una de nuestras intervenciones, me dijo un señor de 75 años: "menos mal que usted habla de libertad, antes nos decían que la sexualidad era pecado, desgastaba, envejecía, era mala para la salud, etc. y ahora nos dicen que es obligatoria". Mi

respuesta fue; “antes le engañaban y ahora le vuelven a engañar, los seres humanos tenemos la capacidad de tomar decisiones y podemos tener o no tener actividad sexual. La actividad sexual es saludable, pero no es obligatoria, porque no es una condición necesaria para la salud”.

## 2.2. CAMBIOS EN LA FISIOLÓGÍA SEXUAL Y EDAD

La anatomía y la fisiología sexual cambian a lo largo de todo el ciclo vital, desde el periodo embrionario hasta la muerte, como ocurre con el resto de órganos y sistemas. El tamaño de los órganos, su elasticidad y vigor, así como las funciones reproductivas están obviamente afectados por los procesos de envejecimiento, como todo el cuerpo. En lo que se refiere al envejecimiento fisiológico sexual éste empieza ya en la década de los 30 años, para posteriormente ir declinando la capacidad reproductiva, la flexibilidad, el vigor de los órganos sexuales, la capacidad de respuesta sexual, etc.

El curso evolutivo de la fisiología sexual no es lineal, sino que hay procesos de cambio más evidentes, que implican cambios cualitativos y funcionales preprogramados que tienen lugar en diferentes momentos evolutivos concretos. Los más destacados son: los procesos de sexuación prenatales (sexuación de las gónadas, formación de genitales internos y externos, comienzo del funcionamiento hormonal, sexuación del cerebro), prepuberales (el funcionamiento cíclico en la mujer y la capacidad de reproducción en ambos sexos) y menopáusicos (en el caso de la mujer). Nosotros nos centraremos en los cambios asociados y posteriores a la menopausia, en la mujer, y en los cambios que se dan en el varón adulto mayor y viejo.

Lo más importante es destacar un hecho central que nos acompaña toda la vida: la fisiología de placer sexual (del deseo, la excitación y el placer sexual) está activable desde el nacimiento hasta la muerte. Por lo que hace relación a la vejez, la capacidad de activación se mantiene, salvo causas especiales, hasta el final de la vida. Es decir, somos fisiológicamente sexuados, con la activación específica del placer sexual, que puede desencadenarse a lo largo de todo el ciclo vital. No hay etapas de la vida no sexuadas, solo periodos con diferentes características sexuales.

A lo largo de la vida, como en otras esferas, se producen cambios en la fisiología sexual. Estos cambios están relacionados con la edad, puesto que dependen de procesos que tienen una temporalidad preprogramada. Con respecto a la vejez, los procesos de envejecimiento empiezan en torno a los 30 años, afectando poco a poco a diferentes aspectos: la piel, la turgencia de las mamas, el vigor de la erección, la capacidad de reproducción, etc.

### 2.2.1. Cambios en la mujer

En la mujer, estos cambios se van haciendo cada vez más evidentes, afectando también a su ciclo y a su capacidad reproductora, produciéndose un cambio cualitativo con la menopausia (en torno a los 48-50 años, en España). Pero antes de la menopausia los procesos de envejecimiento sexual son bien evidentes, afectando a la anatomía y fisiología sexual. En una sociedad como la nuestra, en la que se hace lo posible por negar el envejecimiento, a muchas mujeres les cuesta aceptar estos cambios y luchan denodadamente contra sus manifestaciones. Aún así, la piel y todos los músculos pierden flexibilidad, las mamas van perdiendo firmeza, el cuerpo poco a poco tiende a cambiar la figura, la capacidad de reproducción es menor y el riesgo de que los hijos nazcan con bajo peso u otros problemas, aumenta con la edad, especialmente a partir de los 35-40 años.

De hecho, antes de la menopausia suele haber unos años en los que los periodos se hacen más irregulares con temporalidad muy variable, puede haber ciclos sin ovulación, y disminuir la fertilidad, etc.

Estos procesos de envejecimiento paulatino se ponen especialmente de manifiesto con el fenómeno de la menopausia, debida al envejecimiento de los ovarios, ya que pierde la capacidad de respuesta a los mensajes del eje hipotalámico-hipofisario.

En efecto, la menopausia se produce por la progresiva pérdida funcional de los ovarios, que dejan de responder a los estímulos de las hormonas luteinizante (HL) y folicular estimulante (FSH) segregadas por la hipófisis. El mecanismo, por tanto, supone una ruptura de una forma de funcionamiento que había empezado en la pubertad, se había mantenido en la adolescencia, juventud y parte de la vida adulta, hasta que después de irregularidades en la menstruación, ésta acaba desapareciendo. Los ovarios producen menos cantidad de estrógenos, lo que a su vez provoca que su disminución en sangre active el eje hipotalámico-hipofisario aumentando las hormonas HL y FSL, a las que finalmente acaban no respondiendo los ovarios. Por ello, la menopausia es una fecha, la de la última menstruación.

La menopausia se da por confirmada, clínicamente, cuando la mujer ha pasado un año sin menstruaciones. La pérdida de capacidad funcional de los ovarios hace que disminuyan los estrógenos lo que a su vez provoca otros cambios importantes en la vagina y en el cuerpo en general.

El periodo que rodea el momento de la menopausia, antes, durante y después, se denomina "climaterio". Periodo que puede conllevar inestabilidad fisiológica y, en algunos casos, psicológica.

En efecto, después de la menopausia se producen con frecuencia fenómenos como los sofocos (en la mayoría de las mujeres), sensación de acaloramiento que afecta a la parte superior del cuerpo y que suele ir acompañada de sudoración, enrojecimiento, etc., sofocos que tienen una duración e intensidad muy variable. Para la mayor parte de las mujeres son perfectamente compatibles con su vida cotidiana, aunque algunas de ellas acaban teniendo que pedir ayuda. Los sofocos duran en unas mujeres pocos meses, mientras en otras pueden mantenerse durante varios años, para acabar desapareciendo. Conocer la causa de estos sofocos y sus manifestaciones, aprendiendo a aceptarlos y afrontarlos, sin vergüenza social, suele ser suficiente para numerosas mujeres, mientras otras pueden requerir ayudas específicas.

Los cambios fisiológicos asociados a la menopausia pueden ir acompañados de inestabilidad psicológica, nerviosismo, dificultades para dormir, etc. Manifestaciones que son muy variables de unas mujeres a otras, aunque en la mayor parte de los casos suelen superarse en meses o en los primeros años postmenopáusicos. Aunque el origen de estos síntomas sigue siendo discutido, debemos escuchar a las mujeres que los sufren y no culparlas, como se ha hecho, con frecuencia. Las causas pueden ser muy complejas, asociadas a cambios fisiológicos bien evidentes que acaban afectando al humor, las emociones y los sentimientos, por la conexión de éstos con el estado del cuerpo, o asociadas a cambios en el ciclo vital como, por ejemplo, la salida de casa de los hijos, dificultades con la pareja o el trabajo, etc. O incluso, al mero hecho de tener dificultades para aceptar la evidencia de los procesos de envejecimiento en una sociedad que niega el derecho a envejecer. Tomarse en serio estos efectos psicológicos, intentar conocer su causa y, en todo caso, apoyar a la mujer, si es necesario con ayudas específicas, nos parece lo más razonable.

También suele producirse osteoporosis, descalcificación de los huesos en los años o décadas posteriores a la menopausia. La posibilidad de sufrir dolores y fracturas asociados a la osteoporosis es frecuente, especialmente a medida que avanzan los años y las mujeres entran en lo que hoy socialmente consideramos inicio de la vejez, más allá de los 65 años; riesgo que no dejará de aumentar con los años. Consumir calcio, hacer actividad física y evitar las caídas forman parte de los cuidados más básicos.

Pero, lo que más les cuesta a la mayor parte de las mujeres es todo aquello que afecta a su "imagen corporal", que deja de ser joven, para pasar a ser de "mujer mayor". Estos cambios pueden ser dolorosos en el contexto actual de predominio del "modelo joven", porque las mujeres están todavía más presionadas que los hombres por la importancia concedida a la figura corporal joven.

Si bien, los cambios en la menopausia y la forma de afrontarlos son muy variables de unas mujeres a otras, en todos los casos es importante que los conozcan, los acepten como un proceso vital más y aprendan estrategias de afrontamiento. En algunos casos, pueden necesitar ayudas farmacológicas de uno u otro tipo, por lo que es necesario que acudan a su médico de familia o a un especialista en ginecología; aunque puede ser más importante aún replantearse el estilo de vida, la alimentación, el ejercicio físico, etc. En todo caso, creemos que no se deben psicologizar estos cambios, culpando a la mujer de sentirse nerviosa, dormir mal o tener unos u otros síntomas.

Le aconsejamos que, si es preciso, acudan a un especialista bien formado, porque no deja de haber cambios en las ayudas que pueden recibir y porque después de años de euforia sobre las ayudas hormonales, éstas están siendo muy debatidas.

En cuanto a la fisiología sexual, los cambios más importantes, asociados y posteriores a la menopausia, además de la pérdida de la capacidad de reproducción, se refieren a la vulva y a la vagina, aunque éstos dependen mucho de la propia vida sexual de la mujer. Si ésta es rica y satisfactoria, los cambios son menores y se retrasan más.

La vulva, los labios mayores y menores pierden tamaño y elasticidad, y el introito vaginal se estrecha, lo que pueden dar lugar a molestias o incluso dolor, especialmente si no hay una excitación adecuada.

La vagina se acorta, pierde elasticidad, tamaño, vigor en la excitación y capacidad para defenderse frente infecciones. El cambio mecánico más destacado es que la lubricación vaginal es más lenta y menos abundante.

Estos cambios en la vulva y la vagina pueden crear verdaderas dificultades a algunas mujeres, especialmente dolor o molestias en la penetración. Pero en la mayoría de los casos no impiden disfrutar de la penetración a la mayor parte de las mujeres; y, en todo caso, las posibles molestias suelen tener fácil solución con cremas locales y una estimulación rica y lenta.

En relación al clítoris, órgano sexual por excelencia, los cambios son fisiológicamente poco relevantes, puesto que mantiene toda su capacidad de excitación y de sensibilidad al placer.

Por todo ello, en la mayor parte de las mujeres no hay razones fisiológicas para dejar de tener conductas sexuales coitales, ser acariciadas o masturbarse y, en definitiva, disfrutar de la sexualidad a lo largo de toda la vida. El hecho de que el proceso fisiológico de la respuesta sexual se haga más lento (el proceso de excitación) y menos ricos (menor lubricación) y menos vigoroso (los cambios en la fisiología de la respuesta sexual: menor

número de contracciones y de menor intensidad), no conlleva pérdida del sentimiento de excitación y placer, tampoco de la posibilidad de orgasmo.

De hecho, como veremos al analizar las conductas sexuales, no son pocas las mujeres que mantienen un grado de satisfacción sexual semejante a la que tenían antes de la menopausia. o que incluso lo incrementan después de ella.

#### CAMBIOS EN LA MUJER

##### Anatómicos y fisiológicos:

- Disminución de hormonas sexuales: estrógenos y andrógenos. Por envejecimiento de los ovarios.
- Menopausia y pérdida de capacidad de reproducción.
- Cambios en la vagina: más pequeña, menos flexible y menos lubricada. La lubricación es más lenta. Puede dar lugar a sequedad y a dolor en la penetración. Menos acidez y más posibilidad de infecciones vaginales.

##### Figura corporal:

- Cambios en la figura corporal: piel envejecida, arrugas, pechos más caídos, distribución de la grasa distinta (figura menos juvenil).
- Disminución de tamaño de los labios, los ovarios, las trompas, el útero y la vagina.
- Menor vello sobre genitales.

##### Respuesta sexual:

- Respuesta sexual más lenta.
- Cambios corporales menos vigorosos en mamas, labios, vagina y clítoris durante la respuesta sexual.
- Menor frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.

### 2.2.2. Cambios en el hombre

Los cambios en el hombre son también claros, a medida que van pasando los años; pero tienen dos grandes diferencias en relación a la mujer: no conllevan la pérdida de la capacidad de reproducción y no se produce un cambio fisiológico cualitativo semejante al de la menopausia.

Estos cambios en el varón comienzan también pronto, entre los 30 y 40 años, y se van manifestando poco a poco a lo largo del resto de la vida.

Los cambios más importantes se refieren a la mayor lentitud de la respuesta sexual, la capacidad de erección (disminuye su vigor), el número de coitos con eyaculación que pueden llevar a cabo (disminuye) y el aumento del periodo refractario (el que pasa desde un coito hasta que se restablece una erección que permita otro coito).

Los problemas reales o simbólicos más frecuentes en el varón tienen que ver con la capacidad de erección, que por razones fisiológicas y psicológicas se puede ver afectada en la vejez. Desde el punto de vista hormonal, el cambio más importante en el varón es la disminución de los niveles de testosterona (algo que también se produce en la mujer), considerada la hormona del deseo sexual (en ambos sexos). Pero esta disminución no tiene una relación mecánica con el deseo sexual, salvo en casos de disminución extrema, ya que con bajos niveles de testosterona hombres y mujeres pueden mantener el deseo sexual.

El modelo de sexualidad joven y la ansiedad de ejecución, querer demostrar capacidad y potencia sexual como cuando se era joven, suelen ser los peores enemigos de la sexualidad del varón viejo. Un modelo sexual que se centra en el coito y que toma como referencia las capacidades sexuales durante la juventud puede provocar miedo y angustia en los hombres mayores al descubrir que su vigor y capacidad de coitar repetidamente no es la misma. El modelo de varón que toma como referencia de sus valores masculinos el número de conquistas, el vigor del pene y el número de coitos, etc., es el peor enemigo de los hombres en la vejez. El miedo a no dar la talla y la ansiedad de ejecución le pueden hacer mucho más daño que todos los cambios fisiológicos.

El hecho de que las erecciones nocturnas y espontáneas sean menos frecuentes en la vejez puede también sorprender a los varones mayores, habituados antes a sentirse frecuentemente excitados.

Otros cambios fisiológicos, como los señalados en el cuadro de referencia, pasan más desapercibidos en el varón o son aceptados mejor. Por otra parte, hay que señalar que cada vez son más los hombres mayores que sufren también por causa de los procesos de envejecimiento que afectan a su figura corporal.

Estas limitaciones no impiden a la mayor parte de los varones disfrutar de la sexualidad, también de la coital.

En cuanto a la mayor lentitud de respuesta, hay que señalar que puede convertirse en una ventaja, porque hace más fácil el entendimiento con la mujer, al favorecer el interés por la estimulación, también la no genital, y disminuir el apremio por eyacular.

#### CAMBIOS EN EL VARÓN

##### Anatomía y Fisiología:

- Disminución de hormonas masculinas: menos testosterona.
- Menos tamaño de los testículos, menor producción de esperma y testosterona.
- Menor vigor en la erección y menor estabilidad.
- Menos erecciones nocturnas e involuntarias, disminuyendo también en intensidad y frecuencia.

##### Figura corporal:

- Envejecimiento de la piel.
- Envejecimiento generalizado.

##### Respuesta sexual humana:

- Mayor intervalo de tiempo para conseguir la erección y el orgasmo.
- Mayor necesidad de estimulación táctil directa y continuada.
- Menor vigor y menos estabilidad en las erecciones.
- Menos contracciones y menos intensas.
- Los testículos se elevan menos durante la excitación y orgasmo.
- Menos necesidad de eyacular.
- Menor volumen de eyaculación.
- Eyaculación menos vigorosa, con semen que puede emitirse "rezumando", más que a grandes impulsos.
- Periodo refractario más largo, hasta tener la posibilidad de una nueva erección que permita el coito.

Por tanto, tanto en el hombre como en la mujer, los cambios en su fisiología sexual no justifican, por sí mismos, la desaparición de la actividad sexual. La mayor parte de las personas mayores mantienen la capacidad fisiológica para coitar o tener otros muchos tipos de actividad sexual.

### 2.2.3. *Cambios en la respuesta sexual humana*

Los cambios fisiológicos antes señalados y, con frecuencia, otros de origen psicológico o social, afectan a las diferentes fases de la respuesta sexual humana: DESEO, EXCITACIÓN-MESETA, ORGASMO Y RESOLUCIÓN.

El deseo suele disminuir, especialmente en las mujeres, por razones más bien sociales. Pero puede mantenerse intacto o casi intacto en la vejez. Por otra parte, el deseo en la vejez puede amplificarse y dar mayor importancia a otros aspectos como las caricias, los abrazos, los besos, los afectos y la intimidad. Se trata de una reconversión o enriquecimiento del deseo que seguramente acerca más los hombres a las mujeres, facilitando la comunicación y el propio encuentro sexual.

El proceso de excitación es más lento y los cambios fisiológicos que lo acompañan menos vigorosos. Lentitud que puede favorecer el que el hombre deje de vivir el coito como una descarga sexual rápida, para involucrarse en relaciones más prolongadas, más diversas, más tiernas y más afectivas.

El número de contracciones orgásmicas y su intensidad es menor en hombres y mujeres. También es menor en los varones el volumen eyaculado. Pero estos cambios no siempre van acompañados de una pérdida de la sensación de placer y, sobre todo, de la satisfacción sexual. En todo caso, son cambios que ambos sexos pueden aceptar sin grandes preocupaciones y pérdidas.

El periodo refractario es más amplio en los varones, lo que puede impedirles repetir el coito durante un tiempo, que se va aumentando con la edad. Nuevamente es fundamental no poner el valor de la actividad sexual en el número de coitos que se pueden tener en un periodo de tiempo corto, no competir con los demás, ni con uno mismo.

Por lo que se refiere a los propios procesos de excitación y orgasmo, así como a las supuestas fases de la respuesta sexual humana, aunque los debates continúan, hay dos observaciones que nos parecen de gran interés para la sexualidad en la vejez:

La primera observación se refiere al hecho de que seguramente es mejor definir el deseo y la excitación como dos procesos en interacción, pero con cierta independencia, en lugar de cómo dos fases sucesivas. En efecto,

no siempre el deseo precede a la excitación (por ejemplo, el deseo puede verse alimentado tras unas caricias de la pareja o a partir de una situación o manifestación que resulta muy excitante). Incluso, en algunos casos, puede que se llegue a estar excitado y tener orgasmo sin una clara presencia del deseo sexual.

Por ello, en todas las edades, pero especialmente en la vejez, las buenas relaciones entre los miembros de la pareja y las caricias pueden provocar a la vez excitación y deseo, alimentándose ambos mutuamente, no reduciendo el inicio de la actividad sexual a aquellas situaciones en las que el deseo se hace previamente explícito.

La segunda observación es aún más importante. El proceso de excitación normalmente supone la interacción entre dos vías complementarias, la psicógena o cerebral y la táctil o refleja, aunque las denominaciones pueden ser discutibles. Es decir, nos excitamos porque:

- (a) Vemos personas que nos gustan o percibimos estímulos eróticos, oímos proposiciones o palabras de amor, pensamos en el encuentro amoroso, fantaseamos escenas sexuales, conocemos el significado de determinadas relaciones o situaciones (por ejemplo, nos sabemos amados y deseados y eso nos excita), iniciando un proceso que desde el cerebro, a través de la médula, acaba en el plexo pélvico y los nervios más directamente relacionados con la erección/turgencia de genitales. Es el camino, si se me permite la expresión, de arriba abajo, con una mayor implicación de componentes psicológicos y un proceso fisiológico más complejo. Este camino se mantiene en la vejez interactuando con el otro, pero se hace más vulnerable y lento a medida que avanzan los años.
- (b) El tacto, especialmente sobre los genitales, genera sensaciones que llegan a través del nervio pudendo a la zona sacra y de ella conectan más directamente a través de los nervios pélvicos a los genitales, provocando una especie de arco reflejo más simple y directo que provoca excitación.

Esta vía hacia la excitación es más primaria y táctil, menos cerebral, menos psicológica, manteniéndose mejor en la vejez. Por ello es muy importante que las personas mayores se acaricien, provocando excitaciones placenteras que pueden despertar el deseo o aumentar la excitación.

Es obvio decir que ambas vías están en interacción y que lo más deseable es que hombres y mujeres se sirvan de ambos caminos, ya que mutuamente se potencian.



## CAPÍTULO 3. CONDUCTAS SEXUALES EN LA MADUREZ Y VEJEZ

### 3.1. LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS

Los estudios sobre la sexualidad en la vejez han avanzado bastante en las últimas décadas, pero aún tienen numerosas limitaciones, tanto referidas a los conceptos como al enfoque y, sobre todo, a la metodología.

De hecho, las muestras de mayores suelen ser poco representativas, especialmente por encima de 70 o 75 años, por lo que tenemos conocimientos más limitados sobre la sexualidad en el caso del envejecimiento avanzado. Además, si se recurre a cuestionarios, una metodología poco aconsejable pero muy usada, no son pocos los mayores que tienen dificultades para comprender y responder a las preguntas, especialmente en el caso de las personas mayores con baja cultura.

Desde el punto de vista metodológico, la mayor parte de las investigaciones usan diseños transversales (preguntan a los sujetos una sola vez, tomando muestras de diferentes edades), los cuales, como es sabido, no permiten controlar los efectos generacionales, olvidando que en sexualidad cada generación suele tener características propias. Es decir, si solo preguntamos una vez a los sujetos, estamos suponiendo, por ejemplo, que quienes tienen ahora 60 años tendrán las mismas conductas sexuales a los 85 años que las que nos dicen tener ahora los sujetos de 85 años. Por eso, son necesarios estudios longitudinales que sigan el curso de la vida sexual de las personas y nos permitan conocer lo que puede haber de universal en los cambios (es decir, lo que son cambios evolutivos propiamente dichos) y diferenciarlo de lo que puede ser explicado por cambios generacionales dependientes de multitud de factores.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los mayores tienden a ocultar sus conductas sexuales porque saben que no son bien aceptadas en nuestra sociedad. Por eso, no es fácil conseguir que sean sinceros y respondan

bien a las preguntas. Les cuesta hablar de sexualidad y no están seguros de que contar lo que sienten y viven sea bien visto. Esto limita mucho el valor de los cuestionarios e incluso el de las entrevistas, porque es necesario crear un clima de gran confianza para que hablen abiertamente de su vida íntima, sus deseos, sus fantasías y sus sueños.

### 3.2. ESTUDIOS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

A pesar de las limitaciones señaladas, las investigaciones ya clásicas (López, 2000) y las más recientes (Lindau, Schumn, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh y Waite, 2007; Hayes y Dennerstein, 2005) nos permiten organizar un cuerpo de conocimientos, sobre la conducta sexual en la vejez que empieza a ser sólido. Sobre todo porque, aunque hay pocas investigaciones, los datos básicos son coincidentes. Intentamos resumir éstos a continuación:

#### *La vida sexual y amorosa de las personas mayores es muy diversa*

La conducta sexual en la vejez es muy variable de unas personas a otras. La historia sexual de las personas es muy diferente a lo largo de la vida; y estas diferencias se acrecientan en la vejez. En efecto, podemos encontrar personas sin ninguna actividad sexual, personas que se masturban o tienen relaciones sexuales coitales con frecuencia; y personas que tienen otras conductas sexuales menos convencionales. Por ello, es importante tener en cuenta que no se pueden usar los datos que daremos a continuación para entender a una persona concreta, sino que deben entenderse como datos referidos a características más predominantes en los diferentes grupos de edad. De hecho, si usamos estos datos de forma inadecuada, especialmente en la clínica y en el trato personalizado con personas mayores, se pueden convertir en un prejuicio que dificulte el conocimiento y la comprensión de una persona concreta.

Por todo ello, podemos encontrar un patrón de fisiología sexual en la vejez, también, por cierto, con grandes diferencias individuales, pero no es posible encontrar un verdadero patrón en las conductas sexuales en la vejez, ni en cuanto a la frecuencia, ni en cuanto a pautas de conducta sexual, ni en cuanto al grado de satisfacción, ni en cuanto al significado afectivo de las conductas sexuales, ni en relación a la importancia que dan a la actividad sexual. Así pues, todo lo que decimos a continuación tiene una limitación, la variabilidad es tan grande que las excepciones pueden llegar a ser la regla.

Los cambios en la conducta sexual en la vejez no son universales, ni unidireccionales ni dependen de una sola causa. Admiten mucha diversidad, son multidireccionales y obedecen a numerosas causas que afectan a las personas en combinaciones muy distintas.

Por otra parte, los cambios son en muchos casos reversibles si cambian los factores que condicionan la sexualidad. Por ejemplo, si una persona mayor encuentra una nueva pareja, es muy probable que empiece a tener más actividad sexual que la que tenía años atrás.

Cuatro ejemplos, entresacados de nuestras entrevistas en profundidad, pueden mostrar de forma muy clara la gran variabilidad de conductas sexuales en la vejez. Estas historias, aquí resumidas, son de personas mayores de Castilla y León:

### **Manuel, varón de 79 años**

Trabajó en una empresa pública, la RENFE, como jefe de estación, hasta los 65 años en que se jubiló. La pensión le es suficiente para pagar la residencia y sus gastos.

Vive desde hace 9 años en una "residencia" para la tercera edad, en una capital de provincia, porque se separó de su mujer y no puede atenderse por sí mismo.

De la familia de origen solo vive uno de sus siete hermanos y está en Francia. No tiene contacto con él.

Se había casado dos veces. La primera mujer, con la que vivió desde los 25 a los 60 años, murió. A los 63 años se casó de nuevo con una mujer que tenía 23 años menos que él, con la que vivió hasta los 70 años, cuando ella decidió separarse de él, justo cuando él tuvo una enfermedad. Se siente abandonado por su segunda mujer.

Ha tenido cinco hijos y dos hijas, todos con su primera mujer. Desde que se casó, por segunda vez, las relaciones con los hijos han sido pobres y distantes. Las relaciones han mejorado algo después de su separación, pero se limitan a visitas esporádicas, unas tres o cuatro veces al mes vienen unos u otros.

Por todo ello, puede decirse que, salvo en las relaciones con su primera mujer, se siente decepcionado con los demás, tienen sentimiento de abandono por parte de su segunda mujer y de falta de cuidados y preocupación por parte de los hijos e hijas.

A los 69 años tuvo una trombosis que le ha dejados secuelas. Anda con dificultad y toma numerosos medicamentos, especialmente anticoagulantes.

Estas limitaciones son, según afirma, la causa por la que le abandonó su mujer.

En la residencia hace una vida bastante aislada, con pocas relaciones porque, asegura, no está motivado para estar mucho con la gente. Sale poco de la habitación y asegura que no tiene verdaderos amigos ni amigas. Dedicar el tiempo preferentemente a ver la televisión y a revisar su colección de sellos.

Se manifiesta abiertamente como "no creyente" y muy alejado de la moral católica. Ni Dios, ni la Iglesia ni el clero merecen para él la menor atención.

Afirma tener actitudes muy abiertas hacia la sexualidad: le parecen bien las relaciones entre personas no casadas, las relaciones extramatrimoniales, las relaciones sexuales de las personas mayores, etc. Pero hay dos campos en los que se muestra muy conservador: no acepta la homosexualidad por ser una desviación, ni la masturbación porque esa es una conducta propia de jóvenes sin mujer.

Cuenta su historia sexual con mucha libertad y de manera abierta. Tuvo su primera relación coital a los 12 años con la criada de la familia. Desde entonces, afirma con rotundidad, hasta los 69 años, cuando tuvo la trombosis, afirma haber tenido relaciones "siempre que ha podido" ("a la que he podido le he echado la mano") tanto mientras estaba soltero como cuando estuvo casado. Defiende esta conducta como legítima, definiéndose a sí mismo como "libertino" ("he sido un libertino como mi padre, debe ser de herencia", afirma con orgullo). Mientras estaba casado ha mantenido relaciones extramatrimoniales con alguna frecuencia, normalmente en relaciones esporádicas, aunque a veces ha contado durante algunos años amigas amantes estables, con ellas tenía relaciones con bastante regularidad (varias veces al mes).

Con sus mujeres ha mantenido una vida sexual frecuente y satisfactoria. Cree recordar que con su primera mujer tuvo al principio relaciones diarias o casi diarias para ir disminuyendo después. Calcula que en torno a los 50 años las relaciones solían ser semanales. Con la segunda mujer tuvo relaciones dos o tres veces por semana al principio para ir las distanciando hasta pasar a una o dos cada mes, al final. Las relaciones siempre estuvieron focalizadas en el coito o en caricias precoitales, excluyendo el sexo oral con sus mujeres, pero no con algunas de las otras mujeres con las que tuvo relaciones.

Tiene una visión muy positiva de su historia sexual, se siente orgulloso de haber sido así. Su historia amorosa con la primera mujer la valora de

forma muy positiva, mientras con la segunda lo hace de forma muy negativa, porque cree que le abandonó cuando más la necesitaba.

En la actualidad no tiene ningún interés sexual ("desde que tuve la trombosis no me interesan nada estas cosas"). No tiene fantasías sexuales ni deseos de volver a tener relaciones sexuales. Tampoco quiere conocer a otras personas ("mi interés por las mujeres acabó con mi segunda mujer. Ya me hizo sufrir bastante"). Pero cuando se le sugiere si desearía tener a alguien con quien compartir la vida y quererse afirma: "eso sí, alguien que me quisiera de verdad", "en ese caso, también me gustaría abrazarla y acariciarla, hasta puede que me volviera el interés sexual. Pero es un imposible".

Tampoco quiere mejorar sus relaciones con otras personas, con las que pudiera entablar amistad. Ni siquiera le interesan los juegos de mesa u otras actividades de la residencia. Permanece instalado en la soledad y el resentimiento por el abandono de su mujer y la escasa atención de los hijos. Incluso cuando se le hace soñar, su sueño parece bien egocéntrico: "tener a alguien que me quiera de verdad".

### **Josefa, de 82 años**

Lleva en la residencia desde hace 6 años, desde los 76 años porque "no podía atenderme sola y los hijos no tenían sitio para mí". Expresa con ello una queja abierta y dolorosa de los hijos.

Ha trabajado como ama de casa toda su vida, nunca fuera del hogar.

Tuvo cinco hermanos de los que viven tres, con ellos casi no se ve desde que está en la residencia.

Estuvo casada desde los 23 años hasta los 52, en que quedó viuda. Era todavía joven, pero nunca se planteó buscar otra pareja. En la vida, afirma "la mujer debe tener un solo hombre".

Con su marido tuvo tres hijas y dos hijos; pero desde que está en la residencia tiene con ellos relaciones que califica de muy pobres. "Me visitan una vez al mes más o menos y no todos". Se siente "traicionada por los hijos" porque ella se dedicó muchos años a cuidarlos.

No quiere hablar de su condición económica, incluso parecen molestarle estas preguntas, mientras en el resto de temas se muestra muy colaboradora.

Asegura estar bien relacionada en la residencia ("donde voy tengo amigas"). Con sus amigas, no tiene amigos asegura, pasea, habla, ve la televisión, juega y participa en las actividades que se organizan en la residencia.

Con respecto a sus actitudes y creencias se muestra un poco contradictoria, pero siempre muy conservadora. Dice ser creyente pero también

afirma "no creo en los curas". Es practicante y asiste con regularidad a las ceremonias religiosas. En todo caso, comparte la moral católica en todos los campos, también en el sexual. En su opinión las relaciones sexuales solo se deben tener dentro del matrimonio y éste es para toda la vida: "solo debe haber un hombre en la vida de la mujer". Rechaza la homosexualidad y la masturbación.

Considera que los hombres viejos sí tienen intereses sexuales, pero las mujeres no ("los hombres en eso no son nunca viejos", asegura).

En cuanto a su historia sexual, tuvo su primera relación la noche de bodas, a los 23 años. Fue una mala experiencia, con dolor y malestar.

Desde entonces solo tuvo relaciones sexuales cuando se las pedía su marido, más o menos cada 15 días porque su marido viajaba mucho y no estaba en casa. A ella no le apetecían las relaciones y tampoco se hubiera atrevido a pedir las. No lo pasaba bien en las relaciones ("solo mi marido disfrutaba, yo no. Aunque tampoco es que sufriera mucho").

Ahora echa de menos a su marido, pero por la falta de compañía, en cuanto a la sexualidad se encuentra mejor sin actividad sexual ("en esto es mejor así, sin marido"). Si el viviera se sentiría menos sola, con más compañía, pero se siente liberada de no tener que atender sus peticiones sexuales.

En la actualidad asegura no tener deseos, fantasías, intereses ni conductas sexuales. Nada que tenga que ver con la sexualidad. Para ella la sexualidad, asegura, "no existe". Reconoce que los varones se han interesado a veces por ella ("a veces me tiran banderillas; pero yo no quiero, no me interesa nada").

**Tomás de 70 años** (la historia de su mujer es paralela a la de él: fueron entrevistados por separado)

Lleva un solo año en la residencia. Vino porque su mujer se puso enferma y no le podía atender. Se vinieron los dos a la residencia.

Trabajó como ganadero toda su vida, hasta hace un año.

Tuvo 10 hermanos de los que viven cinco; pero tiene poco contacto con ellos desde que está en la residencia. En todo caso unos u otros vienen todos los meses. Se lleva muy bien con la familia de su mujer, cuyos hermanos y hermanas vienen también a verlos.

Esta casado desde los 25, lleva casado 45 años. En su matrimonio no han podido tener hijos.

Desde que está en la residencia, sus relaciones se centran en su mujer, con la que comparte habitación. También se relacionan con otros residentes:

pasean, juegan, etc. Sus relaciones en la residencia son buenas, encontrándose bien con todos. Eso sí, cree que en la residencia debería haber más fiestas y bailes, así como salidas y viajes.

Económicamente están bien, gracias a los ahorros que tienen.

Asegura ser creyente y practicante, desde la infancia. Está de acuerdo con la moral católica; pero no le parece mal que las personas mayores se enamoren y tengan relaciones si se casan. No acepta la homosexualidad, ni la masturbación, tampoco las relaciones entre solteros o extramatrimoniales.

Tuvo su primera relación sexual con su mujer a los 25 años, cuando se casaron. Desde entonces han vivido muy bien la sexualidad, manteniendo relaciones frecuentes ("varias veces a la semana") hasta hace pocos años (no puede precisar) en que empezaron a disminuir.

Desde que ella enfermó tienen muy pocas veces relaciones, asegura. No más de una al mes. Pero tienen muy buenas relaciones afectivas, se apoyan y quieren mucho, con carias frecuentes.

Nunca ha tenido relaciones fuera del matrimonio. Se siente muy unido a su mujer, valorando ahora más esta unión que la actividad sexual, aunque ésta le sigue gustando.

Su mujer tiene una historia totalmente paralela a él. Les entrevisté por separado, pero las informaciones son plenamente coincidentes.

### **Juana de 75 años**

Lleva en la residencia desde los 73, porque tuvo un problema de salud y los hijos no pudieron hacerse cargo de ella. Después ha mejorado, pero se encuentra bien en la residencia y ya no quiere volver a vivir sola.

Ha sido ama de casa toda la vida. De su familia de origen no vive nadie, murieron sus cuatro hermanos.

Estuvo casada desde los 22 años hasta los 65, en que murió su marido. Tuvo dos hijos y una hija. Tiene buenas relaciones con ellos y vienen a la residencia con frecuencia (todas las semanas, afirma).

Vive de la pensión de viudedad, bastante bien, según afirma.

En la residencia se relaciona bien y ha descubierto todo un mundo de amistad y relaciones que le entusiasman. Incluso llega a decir "vivo como nunca de bien". Es creyente pero no practicante ("ya sabe, como la mayoría. Voy a misa y esas cosas, pero no soy muy religiosa"). La moral de la iglesia le parece muy rígida, exagerada, afirma. Le parecen bien las relaciones entre personas mayores, incluso si no están casadas ("o también

si una está casada y la otra no"). También acepta a los homosexuales y la masturbación, aunque asegura que ella no lo ha hecho nunca. Con su marido tuvo una vida sexual "normal", afirma, con relaciones frecuentes mientras eran jóvenes y luego ya con muy pocas relaciones, a partir de los 60 años o así. Las relaciones eran satisfactorias, también para ella, con orgasmo, asegura. Empezaron a tener relaciones antes de casarse, aunque "era un lío encontrar donde", afirma.

En la residencia ha encontrado un mundo de relaciones de amistad, también con hombres. Ha tenido relaciones con varios ("concretamente tres", uno casado y dos viudos) y ahora mantiene una relación estable con un hombre. Con los otros tres las tuvo a escondidas y con éste suelen ir a una casa que tiene él, más o menos una vez cada quince días o una al mes. Afirma que "en la residencia no lo saben, pero nos dan permiso para salir y quedamos en su piso, como si fuéramos jóvenes". "Él tiene a veces dificultades, pero disfrutamos mucho y nos queremos". "Si un día no acabamos, seguimos al siguiente y tan contentos". Ella se ayuda de cremas y asegura llegar a veces al orgasmo. Le gustaría compartir habitación con él en la residencia, pero no está segura de cómo reaccionarían los hijos y si les darían permiso en la residencia, porque no están casados.

Estas historias reflejan la gran variabilidad de la vida sexual de las personas, desde la infancia a la vejez, aunque, como se ve, también hay cosas en común: el declinar de la actividad sexual en la vejez por razones de salud y sociales.

### *La actividad sexual suele disminuir con la edad*

En general, el dato más sobresaliente es que la frecuencia de actividad sexual disminuye con la edad, aunque con oscilaciones que dependen de numerosos factores que veremos en el siguiente capítulo.

Como grupo, cuando tenemos en cuenta datos de muestras amplias de la población, es indudable que la actividad sexual coital disminuye con la edad. Eso es lo que opinan las personas mayores (Nieto, 1995) y eso es lo que dejan claro los datos.

EL DESCENSO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL CON LA EDAD  
(Brecher, 1984)

	De 50 a 59	De 60 a 69	Después 70
MUJERES CON ACTIVIDAD SEXUAL	(N= 801) 93%	(N= 719) 81%	(N= 324) 65%
HOMBRES CON ACTIVIDAD SEXUAL	(N= 823) 98%	(N= 981) 91%	(N= 598) 79%

Estos resultados se han visto confirmados por otras investigaciones más recientes:

LA ACTIVIDAD SEXUAL SEGÚN LA EDAD Y GÉNERO,  
LINDAU Y OTROS (2007), TIENEN ACTIVIDAD SEXUAL

	57-64 años	65-74 años	75-85 años
Muestra	73%	53%	26%
Hombres	84%	67%	39%
Mujeres	62%	40 %	17%

La frecuencia de la actividad disminuye con la edad (% de los que tienen relaciones 2 o 3 veces mes):

Hombres	68%	65%	54%
Mujeres	63%	65%	54%

Casi siempre la actividad se centra en el coito.

Hombres	91%	78%	84%
Mujeres	87%	85%	74%

Como puede verse, es indudable que la actividad sexual disminuye con la edad; pero un grupo relativamente importante la mantienen hasta edades avanzadas.

En general, las propias personas mayores son consciente de que “con los años la cosa del sexo baja mucho”, afirmación que comparte el 89% de los viejos del estudio de Nieto (1995), con una muestra española.

Esta disminución depende no sólo de los procesos fisiológicos de envejecimiento, sino de otros numerosos factores, como por ejemplo de los años de convivencia en pareja, la salud, etc. De hecho, cuando las personas mayores tienen una nueva pareja pasan una temporada más o menos larga en la que aumenta su actividad sexual.

La frecuencia de la actividad sexual también disminuye con la edad, dentro del grupo que tienen actividad sexual. Por tanto, a medida que avanza la edad disminuye el número de ellas que tiene actividad sexual y también, el de aquellas que aun teniendo actividad lo hacen con menos frecuencia. Pero esta disminución es comparativamente menor, siempre que no usemos un modelo joven de comparación. Si preguntáramos si tienen todas las semanas y varias veces cada semana la disminución sería muy evidente.

Por otra parte, como cabía esperar, dado el concepto coital dominante sobre como debe ser la conducta sexual, las personas mayores suelen centrarse en la actividad coital, siendo el resto de caricias o actividades más bien un prolegómeno del coito. Esta manera de entender y practicar la sexualidad puede convertirse en un problema para muchas personas mayores.

El descenso de la actividad sexual es mayor en las mujeres, aspecto éste en el que coinciden también las diferentes investigaciones, aunque en este caso, como veremos, se debe, en mayor medida que en los hombres, a razones sociales. En efecto, las mujeres sufren más las consecuencias de causas sociales como la falta de pareja sexual, el mayor rechazo social a su sexualidad, etc.

No son infrecuentes otras conductas sexuales como el sexo oral o la masturbación, actividades que también disminuyen a medida que avanza la edad. Lindau y otros (2007):

SEXO ORAL PREVIO

	57-64 años	64-74 años	75-85 años
Hombres	62%	47%	28%
Mujeres	53%	47%	35%

## MASTURBACIÓN

	57-64 años	65-74 años	75-85 años
Hombres	63%	53%	28%
Mujeres	32%	22%	16%

Ambas conductas es muy probable que disminuyan no solo por razones de edad, sino también porque se trata de actividades peor aceptadas en las generaciones de personas más viejas. Por ello, parece lógico que, cuando el deseo sexual disminuye su vigor, se sienten más inclinados a prescindir de ellas, a "pecar menos", si se me permite la expresión.

*En la vejez puede haber actividad sexual*

A pesar de los datos señalados, la actividad sexual, incluso la coital, puede mantenerse en la vejez y se mantiene en buena parte de la población, aunque en esto las estadísticas son muy diferentes, según las muestras estudiadas y la metodología. En efecto, como es sabido, muchas de estas muestras están muy sesgadas, por lo que los datos son, con seguridad, poco representativos. En todo caso, nos permiten constatar que la actividad sexual se puede mantener hasta edades muy avanzadas, al menos en un número de sujetos. El 95% del estudio Starr y Weimer (1981) dijeron que les seguía interesando el sexo; el 75% aseguraba que el orgasmo seguía siendo esencial para su satisfacción sexual.

*La satisfacción sexual puede mantenerse con la edad*

Cuando las personas se hacen mayores es muy frecuente que disfruten más de otras formas de relación sexual no necesariamente coitales, como las caricias, los besos, etc. (Nieto, 1995). Un hombre de 82 años le contó a Gordon y Snyder: 'Yo me corro quizá uno de cada tres encuentros sexuales con mi esposa. Mi erección viene y va, y no nos supone una gran preocupación. Obtengo tanto placer en las caricias y los movimientos de la penetración como cuando eyaculo. Cuando era joven me parecía inconcebible disfrutar del sexo sin orgasmo, pero ahora veo lo que me perdí en aquellos tiempos, en los que únicamente centraba mi atención en alcanzar el orgasmo' (Gordon y Snyder, 1989, p. 153).

Es más, según diferentes estudios, el grado de satisfacción con la actividad sexual no disminuye necesariamente con la edad:

GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL Y EDAD  
(Starr-Weimer, 1981)

¿Cómo se siente ahora en su vida sexual, en comparación cuando era joven?

RESPUESTAS	HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%
Mejor	74	27,1	181	41,0
Igual	102	37,4	175	39,7
Peor	97	35,5	85	19,3

Aunque otros estudios son menos optimistas, lo cierto es que hay personas mayores y viejas que mantienen un alto grado de satisfacción con su vida sexual. Y más aún con la amorosa, lo que es aún más importante para su bienestar. En efecto, todo parece indicar que la interpretación subjetiva es en este caso particularmente personal y variable, especialmente porque las personas van cambiando las metas y las referencias con las que comparan su vida sexual, como es lógico y deseable, para no ser víctimas de modelo joven.

*Las dificultades, problemas y disfunciones aumentan con la edad*

Las dificultades sexuales, especialmente en forma de disfunción, aumentan con la edad, hasta el punto que aproximadamente el 50% reconoce tener algún problema sexual y un tercio de la muestra, a medida que avanzan en edad (Lindau y otros 2007) al menos dos. Las disfunciones más frecuentes son los problemas de erección en el varón y la falta de deseo en la mujer.

¿Cuál es la causa por la que bastantes personas mayores y viejas dicen no tener actividad sexual?

Las personas mayores que no tienen actividad sexual, lo atribuyen a causas muy distintas, estando entre las más frecuentes el desinterés, la falta de pareja y los problemas de salud.

Las diferencias de género son también claras en este caso, porque las mujeres suelen atribuir con más frecuencia la causa al marido ("mi marido está enfermo", "ya no me lo pide", "ya no puede"), mientras los hombres se

autoatribuyen más las razones de si falta de actividad sexual. Esto demuestra que la mujer depende mucho de la voluntad del hombre que es el que toma más la iniciativa, demanda más explícitamente la actividad sexual, etc. Una diferencia entre los sexos que demuestra una clara discriminación.

### *La sexualidad es mucho más que el coito*

Las investigaciones se interesan mucho por saber si las personas mayores coitan o no y muy poco por estudiar otros aspectos de la sexualidad, muchos de los cuales se mantienen muy bien o incluso mejoran.

En efecto, otros aspectos de la sexualidad, como el interés por las caricias, la ternura, la comunicación, el sentimiento de intimidad, etc., no sólo no disminuyen sino que, con frecuencia, aumentan con la edad.

La capacidad de apegarse, hacer amistades y enamorarse se mantienen con la edad porque son afectos siempre abiertos a nuevas vinculaciones. Este es un aspecto central de la sexualidad que no debiera olvidarse. Por ejemplo, el deseo sexual explícito tiende a disminuir, pero no el deseo de intimidad y comunicación afectiva, de forma que el polo emocional del deseo se conserva activo toda la vida (López, 2009).

De hecho, el interés por los afectos sociales (apego, amistad y cuidados) aumenta con la edad, especialmente en los hombres, que con cierta frecuencia mejoran su vida emocional en la madurez y vejez.

El gusto y placer por las caricias, los abrazos y todo tipo de "mimos" no declinan con la edad.

El interés de las personas mayores por actividades que les permiten tocarse, comunicarse, hacer nuevas amistades, liberarse de la vigilancia y control de los hijos u otros adultos, etc. refleja su necesidad de satisfacer las necesidades interpersonales, de salir de la soledad, de amar y ser amados.

### *No todas las personas mayores mantienen interés por la actividad sexual coital*

Algunas personas mayores, especialmente las de mayor edad, aseguran carecer de interés sexual.

Importancia concedida a la sexualidad: Los que dicen que para ellos o ellas no es nada importante (Lindau y Otros, 2007).

	57-64 años	65-74 años	75-85 años
Muestra	15%	25%	41%
Hombres	No es nada importante. 13% de la muestra		
Mujeres	No es nada importante. 35% de la muestra		

Estos datos deben ser manejados con cautela y que nos merecen dos comentarios:

El primero de ellos, decir que es posible que en algunos casos se trate de una legitimación de su falta de actividad sexual o su insatisfacción sexual. Es decir, como no tienen actividad sexual por unas u otras razones, dicen que no les interesa.

El segundo, más importante aún, que debemos respetar a las personas mayores que aseguran no tener interés en la actividad sexual, porque ésta no es obligatoria en ninguna edad y menos aun en edades avanzadas. Somos contrarios a cualquier tipo de presión o descalificación de las personas mayores que prefieren no tener actividad sexual, frente a no pocos profesionales y a los medios de comunicación empeñados en crearle esta obligación. Este es precisamente uno de los ejes del modelo biográfico que proponemos en las intervenciones profesionales. La actividad sexual es saludable pero no es obligatoria, porque no es una condición necesaria a la salud, de forma que las personas tienen la libertad de tener o no tener actividad sexual.

## CAPÍTULO 4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD Y VIDA AMOROSA

### 4.1. LA EDAD

Hemos visto que la edad es un factor importante que condiciona la vida sexual y amorosa en las personas mayores y viejas. Esto es así, porque numerosos procesos fisiológicos tienen una temporalidad preprogramada (la pubertad y la menopausia, por ejemplo), por lo que aunque haya una gran variabilidad, no es menos cierto que hay ciclos temporales y procesos muy condicionados por el paso del tiempo. Los datos sobre la conducta sexual en relación con la edad, vistos en el capítulo anterior, son bien elocuentes. Pero hay otros muchos factores que influyen en la sexualidad; a ellos dedicamos este capítulo.

### 4.2. TENER O NO PAREJA SEXUAL DISPONIBLE

En las generaciones actuales de personas mayores, más aún en las personas más viejas, la actividad sexual está asociada al matrimonio o, en el mejor de los casos (en aquellos que siempre fueron más liberales o han hecho una clara evolución siendo ya de mayores), al hecho de tener o no pareja.

Entre las generaciones jóvenes actuales el matrimonio no es entendido como una condición necesaria para la actividad sexual; y la pareja, aunque sigue siendo el contexto preferente para tener relaciones sexuales –especialmente por parte de las chicas–, tampoco es una precondition para la actividad sexual. Sin embargo, en el caso de las personas mayores y viejas la actividad sexual está muy asociada al hecho de tener pareja y, sobre todo, de estar casados.

Por ello, el factor más importante para tener o no actividad sexual en las personas mayores es disponer o no de 'pareja sexual' (estar casados, para la mayoría, o tener pareja sexual, aun sin estar casados, para una

minoría que, eso sí, no deja de aumentar). Los datos varían mucho de unos estudios a otros, pero todos apuntan en la misma dirección. No tener pareja sexual habitual hace mucho más improbable, especialmente en el caso de las mujeres mayores, la actividad sexual. Nuestra sociedad, aún hoy, regula la actividad sexual con el matrimonio o con las parejas de hecho, aunque están aumentando las personas que tienen relaciones sin estar casadas ni tener pareja de hecho. Por ello, podemos decir que estas convenciones sociales crean dificultades objetivas para que las personas mayores que no tienen pareja salgan de su soledad y tengan, si lo desean, relaciones sexuales.

La importancia de este factor es decisiva si tenemos en cuenta la cantidad de solteros y solteras, viudos y viudas, separados y separadas. Número que, por otra parte, está en aumento. En el caso de las mujeres son muchas las que cuando enviudan no se casan y dejan de tener radicalmente actividad sexual. En los hombres mayores también ocurre esto, aunque los hombres sin pareja se toman más libertades sexuales que las mujeres. Esta dependencia de la "pareja disponible" es mayor en la medida que las personas van avanzando en edad, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, aunque siempre condicionando más a las mujeres.

Naturalmente, nos parece muy bien que las personas mayores tomen sus propias decisiones en relación a su vida sexual y amorosa. Lo que aquí ponemos de relieve es que los valores y costumbres o estilo de vida dominantes en estas generaciones les crean dificultades para tomar decisiones con libertad, generando posibles sentimientos de culpa si hacen ciertas cosas, y presionándoles para que sigan comportándose como se espera de ellos (es "el qué dirán", factor tan interiorizado, en las sociedades conservadoras). Una regulación social más liberal y costumbres menos represivas, por contra, permitiría a los individuos concretos tomar más libremente sus decisiones, en este caso, organizar su vida sexual y amorosa con mayor libertad, sin asociarla necesariamente al hecho de tener pareja reconocida socialmente.

#### 4.3. LA HISTORIA SEXUAL DE CADA PERSONA Y DE CADA PAREJA

La propia historia sexual y amorosa pasada es otro de los factores que más explican la vida sexual y amorosa en la vejez.

Las personas que han mantenido una actividad sexual satisfactoria de forma regular, a lo largo de su vida, son aquellas en las que es más probable que se mantenga la actividad sexual en la vejez. La abstinencia prolongada, la vida sexual aburrida e insatisfactoria, etc., parece disminuir las propias capacidades fisiológicas y, sobre todo, el deseo y el interés sexual. Esto es así, seguramente por varias causas.

En primer lugar, por razones fisiológicas, puesto que la involución de las capacidades sexuales disminuyen si no hay actividad sexual. En segundo lugar, por motivos psicológicos, por la posible adaptación a un estilo de vida sin relaciones. Y por último, en los casos de insatisfacción o frustración en las relaciones, posiblemente para ahorrarse sufrimientos y posibles fracasos.

Aun así, dando este dato por cierto, no somos partidarios de llegar tan lejos como lo han hecho determinados profesionales al acabar prescribiendo actividad sexual, justo para poder mantenerla en el futuro. "Lo usas o lo pierdes", llega a decir un consejo de una clínica Americana. No creemos que lo que es válido para cualquier actividad muscular deba trasladarse, sin más, a la actividad sexual, porque ésta supone un encuentro íntimo de alto significado que no deberíamos banalizar, convirtiéndolo en mero ejercicio físico, justo para mantenerse en forma.

Mantener una buena salud general y un adecuado estado de forma física es siempre positivo, también para la vida sexual. Crear condiciones para la libertad en la vida sexual y amorosa, es cuando debemos hacer, animando a las personas a que se sientan responsables de su vida sexual y amorosa, tomando las decisiones que estimen oportunas, con o sin actividad sexual.

#### 4.4. EL TIEMPO QUE SE LLEVA EN PAREJA

El tiempo que se lleva en pareja también es un factor que se asocia de forma clara con la actividad sexual en todas las edades. De hecho, a medida que pasan los años es más probable que se establezcan determinados ritos (tiempos, lugares y actividades sexuales que se repiten) que pueden acabar generando aburrimiento, falta de motivación, habituación a los estímulos, etc. que empobrecen o arruinan, en algunos casos, la vida sexual de las parejas. También es más probable que, en paralelo, el deseo, la atracción y el enamoramiento vayan perdiendo intensidad o se adormezcan, contribuyendo todo ello a que la vida sexual sea más lánguida, aburrida y pobre.

Naturalmente que esto no es siempre ni necesariamente así, porque hay parejas que mejoran su vida sexual gracias a que acaban conociéndose muy bien, son más creativas en sus relaciones y acrecientan la motivación gracias a afectos sexuales mantenidos (deseo, atracción y enamoramiento) o por el incremento de los afectos sociales (apego, amistad y cuidados).

Por ello, el curso de las parejas es muy imprevisible y variable, a pesar del hecho, bien contrastado, de que, en general, lo más frecuente es que las relaciones sexuales disminuyen en relación con el tiempo de vida en pareja.

Esto es así, y se refuerza con el hecho, también bien contrastado, de que las parejas que acaban de formarse, sea cual sea su edad, es más probable que tengan una actividad sexual rica, durante un tiempo, para posteriormente ir disminuyendo en uno u otro grado.

Por otra parte, si las parejas se mantienen muchos años juntos, esta asociación entre tiempo de pareja y relaciones sexuales se mezcla con otras influencias, como las propias de la edad. Es decir, no solo llevan mucho tiempo juntos, sino que se hacen mayores, no siendo fácil diferenciar, en este caso, que factor tiene más peso explicativo, porque la interacción entre ambos factores es distinta en cada pareja.

#### 4.5. ACTITUDES Y CREENCIAS. VIEJOS Y NUEVOS MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Las personas mayores más conservadoras y, sobre todo, las que participan de las falsas creencias referidas a la sexualidad en la vejez, es más probable que sientan miedo, culpa o inseguridad si no tienen una pareja estable que les permita vivir la sexualidad en un marco más convencional.

Por el contrario, los mayores que son más liberales y están mejor informados sobre la sexualidad es más probable que, sea cual sea su estado civil, estén más abiertos a tener relaciones sexuales.

De hecho, aún tienen peso numerosas falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez; son reflejo de la ignorancia y la represión y negación de la sexualidad durante siglos.

En efecto, reducir la legitimidad de la actividad sexual al coito para tener hijos ha provocado un sin fin de prejuicios, errores y falsas creencias cuya función última era descalificar a las personas mayores para tener actividad sexual. Esta descalificación era aún mayor en las mujeres dado que éstas no pueden tener hijos después de la menopausia. Los hombres viejos que se interesaban por la sexualidad eran llamados "verdes", mientras que el interés sexual en las mujeres era simplemente impensable.

En el siguiente cuadro citamos algunas de estas creencias, hoy bastante olvidadas, pero que pueden encontrarse aún en no pocas personas mayores.

FALSAS CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

- Las personas mayores no tienen capacidad fisiológica para tener conductas coitales.
- Las personas mayores no tienen intereses sexuales.
- Las personas viejas que se interesan por la sexualidad son inmaduras: "viejos verdes".
- Los hombres mayores si tienen intereses sexuales, pero las mujeres no.
- Las mujeres viejas que se interesan por la sexualidad son ninfómanas, tienen perversiones sexuales.
- Las desviaciones sexuales, como el exhibicionismo, el voyerismo y los abusos de menores, son más frecuentes en la vejez.
- La actividad sexual desgasta, supone una pérdida de energía, envejece, etc.
- La actividad sexual es mala para la salud, sobre todo si se tiene alguna enfermedad.
- La salud y las capacidades sexuales se mantienen mejor con la abstinencia.
- La actividad sexual es peligrosa, sucia, baja, soez... si no es dentro del matrimonio y para tener hijos.
- La masturbación es una conducta desviada y dañina, sobre todo en la vejez.
- Después de la menopausia y en la vejez la satisfacción sexual disminuye: ya nada es igual, se pierde mucho, etc.
- Las personas mayores que tienen una enfermedad no deben tener actividad sexual.
- Las personas mayores no son atractivas sexualmente para los demás.
- Las mujeres viejas son feas y no tienen interés sexual para los hombres.
- Las mujeres deben ser igual o más jóvenes que los hombres, en una relación de pareja.

Animamos al lector a que contraargumente estas falsas creencias con afirmaciones o datos como los que señalamos a continuación.

- La mayor parte de las personas mayores tienen capacidad fisiológica para coitar y, lo que es más importante, todas conservan la fisiología del placer sexual activa, por lo que pueden disfrutar de diferentes caricias y conductas sexuales. Los que tienen dificultades o limitaciones pueden, en muchos casos, recibir ayudas eficaces.
- El deseo sexual y otras manifestaciones de interés sexual están presentes en numerosas personas de edad, aunque es verdad que algunas personas mayores aseguran haber perdido todo interés sexual, mientras otras reconocen una disminución del deseo. En el capítulo dedicado a conductas sexuales puede el lector encontrar estadísticas concretas.
- Las personas mayores que tienen intereses sexuales no sienten nada que sea inapropiado para su edad, significa que tienen ganas de vivir y amar, dos cosas bien positivas a cualquier edad.
- Numerosas mujeres mantienen interés sexual hasta edades avanzadas, aunque pueden afectarle más determinadas causas sociales, como el hecho de no tener pareja, el que la sexualidad en la vejez esté mal vista, etc.
- Las mujeres que tienen intereses sexuales son muy normales y no hacen más que reconocer su propia naturaleza: su deseo de querer y ser queridas también sexualmente.
- Las parafilias o desviaciones sexuales son menos frecuente en la vejez. Por ejemplo, los abusos sexuales de menores son cometidos más por adultos entre 20 y 59 años. Y lo mismo ocurre con otras desviaciones, porque en la vejez el "apremio" por tener actividad sexual disminuye y a las personas parafilicas viejas les cuesta menos autocontrolarse.
- La actividad sexual es fisiológicamente sana, un buen ejercicio respiratorio, cardíaco y muscular. Por ello, no solo no desgasta, sino que mantiene en forma.
- La actividad sexual es saludable física, mental y afectivamente si se vive en condiciones adecuadas. Es además compatible con la mayor parte de enfermedades, una vez pasada la fase aguda.
- La abstinencia es compatible con la salud, pero no es una condición necesaria ni más deseable que la de tener actividad sexual. Los seres humanos podemos decidir tener o no tener actividad sexual. Más

bien a los seres humanos les cuesta renunciar a la actividad sexual, especialmente si no encuentran un motivo para abstenerse.

- La actividad sexual es muy digna y agradable. De hecho está premiada con un intenso placer por la naturaleza. Eso sí, si involucra a otra persona tiene que ser con consentimiento de ésta.

El reducir la actividad sexual al matrimonio es una opción moral o personal, pero no hay motivos profesionales para negar este derecho a todos, casados o no casados.

- La masturbación es un recurso sexual al que las personas pueden recurrir o no en todas las épocas de la vida, se tenga pareja o no. Es una actividad placentera y saludable en hombres y en mujeres, si así lo desean.
- La satisfacción con la actividad sexual y la vida sexual-amorosa es un sentimiento y una valoración subjetiva que puede aumentar, disminuir o permanecer similar en la vejez, según los casos.
- La actividad sexual no es obligatoria en ningún caso, pero se puede mantener y disfrutar aún en el caso de enfermedad, después de pasada la fase aguda. En todo caso debe consultarse con el médico y conocer también los efectos de los medicamentos sobre la sexualidad.
- La atracción sexual es un afecto por el que otra persona nos resulta sexualmente o afectivamente interesante, con un valor erótico para nosotros y que, por tanto, deseamos. Las personas mayores pueden sentirse atraídas y ser objeto de atracción, especialmente si no se es víctima del modelo de belleza juvenil impuesto por las industrias de la cirugía estética, la cosmética, la moda, etc.
- Las mujeres sufren más el estigma de la vejez, pero no son pocas las mujeres mayores que resultan atractivas para sus parejas u otras personas. Además cuando las personas envejecen juntas pueden encontrarse otros motivos de atracción y afecto sexual-amoroso.
- La edad de los hombres y de las mujeres no tiene por qué ajustarse al convencionalismo de que deben tener similar edad o el varón ser mayor que la mujer; debe dejarse a la libre decisión de ambos, una vez que son mayores de edad. Es sexista considerar que es legítima la unión de un hombre mayor con una joven y no a la inversa.

Por otra parte, además de las falsas creencias tradicionales, no es infrecuente, que las personas mayores interioricen nuevos mitos sobre la sexualidad, como por ejemplo, que la actividad sexual es condición necesaria para

la salud y el bienestar o que hay que consumir actividad sexual y ser joven el mayor tiempo posible, etc., es más probable que tengan más actividad sexual porque que se sienten obligadas a ello. En estos casos, puede llegar a ser frecuente buscar compulsivamente tener relaciones sexuales, recurrir a ayudas farmacológicas para mantener la actividad sexual, usar pornografía, comprar servicios sexuales, etc.

#### 4.6. LA ACEPTACIÓN O LAS RESISTENCIAS DE LOS HIJOS

Los niños dependen mucho de los padres; y las personas mayores, con frecuencia, acaban dependiendo de sus hijos. Por ello, cuando se es viejo, especialmente si no se está casado, el que los hijos acepten o rechacen la posible actividad sexual de los padres o que se emparejen de nuevo es un factor muy importante. El poder explicativo de este factor aumenta si los padres, ya mayores, dependen de forma estrecha de los hijos y, sobre todo, si se ven obligados a convivir con ellos. De hecho, al día de hoy, las personas mayores que viven con sus hijos son las que tienen menos libertades sexuales, resultando poco menos que impensable, por ejemplo, que usen su habitación para invitar a una amiga o amigo o a su pareja más o menos estable, si no están casados. Hay excepciones, claro está, y están en aumento, pero ésta es la realidad. Los jóvenes tienen mucha más libertad en relación con su familia que las personas mayores. No es razonable, pero es lo que ocurre casi siempre.

En numerosas residencias se están produciendo cambios bien importantes en este sentido, permitiendo encuentros o convivir juntos a los que no están casados, pero en las familias estas libertades son muy infrecuentes, incluso cuando los hijos tienen lo que llamamos mentalidad progresista.

¿Por qué los hijos e hijas se resisten tanto a aceptar que sus padres puedan sentirse libres de tener o no relaciones sexuales, aunque no estén casados? La respuesta es compleja: el miedo a perder parte de la herencia, el temor a perder afectivamente al padre o la madre que inicia una relación, la incomodidad de encontrarse o convivir con una persona nueva y mayor, la inseguridad sobre el curso que tendrán los acontecimientos de esa nueva relación y el miedo a que no salga bien, etc., están entre los muchos motivos que pueden llevar a los hijos a ser precavidos o a resistirse vivamente a que su padre o su madre, ya mayores, inicien este tipo de aventuras, consideradas más propias de los jóvenes.

Pero aunque estas causas nos parezcan razonables, no creemos que expliquen bien las resistencias de los hijos. Nuestra hipótesis va más lejos.

En este planteamiento se hace ver cómo los patrones sexuales aprendidos de los padres durante la infancia tienden a repetirse en los hijos con los padres (30 o 40 años después), cuando éstos son viejos. Incluso aunque los propios hijos hayan cambiado y en su vida personal vivan la sexualidad de forma sexofílica, sean abiertos y hablen con sus parejas o los propios hijos con libertad, es muy probable que les cueste conseguirlo con sus padres.

En efecto, si los padres les han transmitido actitudes y conductas negativas en relación con la sexualidad, es muy probable que los hijos no puedan aceptar a sus padres, ya mayores, de forma distinta. Por eso, es tan frecuente que cuando los hijos fantasean la posibilidad de que su madre o su padre se lo pasen bien sexualmente, disfruten de su vida sexual con alguien, les resulte difícil de aceptar. Puede que se hayan liberado de la educación sexual recibida de los padres, pero no necesariamente de la imagen que se construyeron de sus padres. No es una reciprocidad voluntaria, como si quisieran devolverle lo recibido o castigarles de algún modo, es más bien una representación llena de sentimientos sexofóbicos de los padres y de la relación que tienen con ellos, que no pueden abandonar del todo. Por eso también, es muy probable que tengan dificultad incluso para hablar de su vida sexual y amorosa con ellos, que siga siendo un tema tabú, como lo fue en la infancia.

Por eso, y no deja de ser curioso, nos vemos obligados a trabajar con los hijos para que acepten la sexualidad de sus padres, ya mayores, como nos vemos, tantas veces, obligados a trabajar con los padres jóvenes para que eduquen sexualmente bien a sus hijos.

No deja de ser lamentable que las personas mayores que viven con los hijos suelen tener menos libertades que aquellas que viven solas o en las residencias con una organización no represiva, como ocurre ya en bastantes casos.

Y no deja de resultar contradictorio que los padres sean mucho más permisivos y concedan más libertad a sus hijos, a veces menores de edad, que a sus propios padres. Incluso aunque éstos conserven toda su capacidad de juicio y sentido común.

¿Cuándo romperemos este círculo? Solo cuando los hijos adquieran de los padres una visión positiva de la sexualidad durante su infancia. O trabajando específicamente con los hijos que tienen padres mayores a su cargo.

#### 4.7. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS RESIDENCIAS

Para las personas mayores que por una u otras razones acaban en las residencias, las características de éstas favorecen o dificultan que se sientan y sean libres en relación a su vida sexual amorosa.

El ideario de estas residencias puede ser conservador o liberal, en grados muy distintos en cada uno de estos polos.

La visión tradicional de la sexualidad, legitimando la actividad sexual solo en el matrimonio, frente a la que considera que las personas adultas, que están en su sano juicio, tienen el derecho a tomar las decisiones que consideren oportunas para organizar su vida sexual y amorosa, pueden dificultar o facilitar la vida sexual y amorosa de los residentes. La forma en que este ideario impregna toda la organización y las normas de convivencia, la distribución de habitaciones, lo que se puede hacer o no en la habitación, las salidas y entradas de la residencia, la posibilidad de invitar o no a otras personas, el poder o no compartir la habitación con la pareja (estén casado o no), etc., finalmente limita o facilita la toma de decisiones y la vida sexual y amorosa de los residentes.

No son pocas aun las residencias con idearios fundamentalistas que ponen todas las dificultades a las personas mayores, negándoles la posibilidad de establecer nuevas relaciones y nuevos vínculos, contribuyendo así a su soledad en nombre de la religión o de ideas y creencias, creencias que tienen derecho personal a vivir, predicar y dar testimonio de ellas, pero no a imponerlas a los demás, organizando las residencias conforme a una moral religiosa.

En otros casos, no es el ideario sino la ubicación de la residencia, la organización de los espacios, las normas de funcionamiento, las propias características de la mayor parte de los residentes (muy mayores y con dificultades para relacionarse), la organización de las actividades, etc., las que dificultan o facilitan la vida sexual y amorosa de los residentes. Veamos algunas de estas características:

- Algunas residencias están ubicadas en un páramo, muy alejadas de la ciudad y muy mal comunicadas por lo que si la persona mayor no tiene pareja dentro de la propia residencia le es imposible plantearse una vida sexual-amorosa.
- No son pocas las residencias que tienen muchas restricciones en relación con los horarios de salida y entrada.
- Con frecuencia las características de los residentes, por razones de edad, enfermedad o dependencia, hacen que buena parte de ellos estén (legítimamente, claro está) desinteresados por la sexualidad

y las posibles nuevas relaciones afectivas, lo que crea dificultades a quién pueda seguir manteniendo vivo sus intereses sexuales y amorosos.

- La ausencia de espacios de privacidad, la posible prohibición de acceder a la propia habitación con un amigo o amiga, etc., dificulta las relaciones a aquellas personas que están motivadas para mantener relaciones.
- La organización de las actividades de forma sexista, la ausencia de un ambiente vital positivo y lúdico, la falta de actividades que rompan la monotonía y la convencionalidad de las relaciones, etc., son otras posibles dificultades.
- La falta de información sobre sexualidad y sus relaciones con la edad, las enfermedades y los efectos de medicamentos sobre el deseo o la actividad sexual, así como la falta de ayudas profesionales psicológicas y médicas para quienes tengan dificultades y deseen superarlas, no es otra causa menos importante del deterioro de la vida sexual y amorosa de los residentes.

Por el contrario, hay residencias que han introducido cambios muy importantes en todos los aspectos señalados, mejorando las posibilidades de que los mayores puedan tener la posibilidad de decidir con libertad sobre su vida sexual y amorosa.

Las recomendaciones son, en este caso, bien precisas:

- Un *ideario laico*, que permita a cada persona sentirse libre de vivir su vida sexual y amorosa conforme quiera y pueda, sin presiones represivas propias del modelo religioso moral, ni prescripciones del modelo revolucionario-prescriptivo. Naturalmente preservando el respeto y la libertad de los demás.
- *Residencias bien ubicadas* y (si fuera necesario) que tengan una buena comunicación con el exterior, de forma que se pueda mantener la red de relaciones sociales previa al ingreso.

Conviene que estén dentro de la población o en periferia cercana de núcleos urbanos, ciudades o pueblos, en lugares bien soleados y sin contaminación sonora o atmosférica.

Con amplios jardines o en zonas urbanas con jardines adecuados. Cercanos a otros servicios de la comunidad como centro de día para jubilados, iglesia, servicios sanitarios, peluquería, lugares de ocio, etc. Compartir estos servicios con la comunidad es mejor solución y más barata que crearlos de forma exclusiva para los residentes.

El acceso a piscinas de agua caliente y otros servicios de la comunicad que faciliten el ejercicio y los cuidados sería especialmente adecuado.

Participar de la vida de la ciudad, pueblo o barrio es lo más conveniente, no duplicando servicios y favoreciendo la relación con el resto de ciudadanos.

Facilitarles que se involucren si pueden y quieren en actividades comunitarias o de ONG es otra forma de ayudarles a que sigan sintiéndose útiles, a la vez que conocen a otras personas.

- El *edificio* no debería ser una macroresidencia, sino de tamaño pequeño o medio, idealmente un núcleo de apartamentos en torno a servicios comunes. Al menos con habitaciones individuales o para parejas, luminosas y soleadas. De planta baja o pocas alturas, con facilidades para moverse dentro de él, salones diversos para juegos, lecturas, música, televisión, etc. Comedor alegre, sin malos olores, luminoso, no masivo, etc.

Disponer de habitación individual (decorada de formas personalizada a gusto del residente, con frigorífico y una pequeña cocina, etc.), o, si no fuera posible, disponer de lugares de privacidad, donde puedan invitar a amigos o amigas, es un aspecto central.

Disponer de servicio telefónico y de Internet para facilitar la comunicación con la familia y su red social, así como viajar "on line", buscar informaciones, establecer contactos, etc.

En definitiva, un edificio pensado como lugar de bienestar, no como una clínica u hospital.

- *Normas* que faciliten la adaptación inicial, las relaciones y las entradas y salidas (con conocimiento y control de la dirección, claro está) para recibir y hacer visitas, pasar fines de semana fuera, hacer determinados viajes, etc.

Las normas referidas a las visitas y entradas y salidas son muy importantes y deben ser claras y precisas, favoreciendo encuentros largos en lugares apropiados (en su habitación o lugares en los que puedan tener privacidad y sean confortables). Poder invitar a familiares o amigos y amigas, con los permisos que las normas indiquen.

Si el residente conserva sus capacidades mentales es importante que pueda salir de la residencia a visitar a la familia, estar en casa de amigos y amigas, viajar, pasar fines de semana o vacaciones fuera, etc., manteniendo alguna forma de contacto eficaz con la residencia, para cualquier necesidad o emergencia.

- Facilitar el *ingreso y su adaptación* a la vida de la residencia.  
Conocer la residencia (habitaciones, locales, normas, número de residentes y características, servicios que se prestan, etc.) antes de ingresar.  
Concederle el mayor margen posible de decisión sobre tipo de habitación, decoración, persona con la que comparte habitación (si es necesario), etc.  
Establecer un protocolo de recibimiento que incluya la presentación y conocimiento del personal y de algunos residentes, presentarle a todos los residentes, etc.  
Permitirle que con ayuda de familiares o el personal organice su habitación y enseres personales, indicándole que puede y no puede tener.  
Presentarle a alguien del personal o residente indicándole que le acompañará de forma especial durante los primeros días, hasta que sea autónomo dentro de la residencia.  
La persona que le acompaña le irá presentando a cuantos residentes se encuentre en los diferentes espacios, cuidando especialmente que esté en el comedor y espacios comunes con personas que son de su agrado.  
Se irá incorporando progresivamente a las actividades programadas por el centro, ayudando a que sea aceptado en los diferentes grupos. Conocer los nombres de otras personas, intercambiar datos biográficos básicos, organizar actividades que le sean atractivas, etc.  
Favorecer el *contacto con el exterior* y con personas de otras residencias organizando fiestas, actividades (culturales, lúdicas, de enriquecimiento personal, etc.) y viajes en los que puedan conocer otras personas, además de aquellas con las que residen.  
Ofrecer cursos que promuevan la salud y la educación sexual.  
Ofrecer ayudas psicológicas y sanitarias que también tomen en consideración las demandas sexuales de los residentes.

#### 4.8. EL SEXO Y GÉNERO DE LAS PERSONAS

El sexo y el género son factores que tienen una gran influencia en las relaciones sexuales y su forma de vivirlas.

Ya hemos comentado los datos estadísticos sobre las diferencias de sexo y género en el capítulo anterior: la más significativa es que las mujer

dicen tener menos motivación sexual y, de hecho, menos conductas sexuales coitales, pero hemos señalado otras muchas. Los datos son muy claros y reiterados en las investigaciones, pero no lo son tanto las causas que los explican. Entre ellas creemos que están:

a. Por un lado, los cambios fisiológicos asociados a la menopausia pueden desmotivar sexualmente a algunas mujeres. Pero por otra parte, ¿cómo hacer compatible esta causa con el hecho de que un grupo importante de mujeres mejora su actividad sexual después de la menopausia? Todo parece indicar que los factores fisiológicos (la disminución de hormonas sexuales y los cambios en la anatomía y fisiología sexual) no son los únicos, ni los más importantes a la hora de explicar las diferencias de sexo y género en el deseo y la actividad sexual.

De hecho, el resto de factores que comentamos a continuación pueden ser mucho más decisivos que los cambios fisiológicos. Estos afectan también a los varones, pero mientras éstos suelen mantener su actividad sexual si le es posible, son más las mujeres que ven disminuido su deseo y dejan de tener actividad sexual.

b. La desproporción entre el número de mujeres y de hombres y la ausencia o falta de interés de los hombres por actividades de formación y autocuidado.

La desproporción entre mujeres y hombres aumenta con la edad, por lo que en edades avanzadas (entre los 80 y 85 años) las mujeres pueden llegar a duplicar en número a los varones. Esta desproporción entre hombres y mujeres, clara estadísticamente a partir de los 60-65 años, empieza, desde otro punto de vista, mucho antes. Nos referimos al hecho de que en todas aquellas actividades sociales de tipo cultural, de promoción de la salud, altruistas, etc., siempre se encuentran muchas más mujeres que hombres (éstos tienen formas de ocio y vida ciudadana más relacionados con el deporte pasivo, juegos de mesa y estancia en bares y cafeterías). Tanto en el medio rural como en las ciudades, lo habitual es encontrar mayor número de mujeres que de hombres en casi todas las actividades que se organizan y que tienen que ver con la formación, cultura, ayudas solidarias, autocuidado, etc., por lo que no es infrecuente que las mujeres se pregunten jocosamente, ¿dónde están los hombres? Y es que todo parece indicar que, al menos en el momento actual, las mujeres están mucho más dispuestas a aprender, ayudar y mejorar su vida y la de los demás.

Todo ello limita las oportunidades de encontrarse los hombres y las mujeres en contextos atractivos, haciendo cosas interesantes, lo que les permitiría

conocerse más y mejor y, tal vez, en aquellos casos en los que sufren de soledad, iniciar encuentros interpersonales que les permitan comunicarse, y, si ese fuera el caso, hacer amigos, amigas o amantes y formar parejas.

Estos hechos llevan también a que un número importante de mujeres acaben considerando que los hombres son poco interesantes y poco atractivos, prefiriendo, no en pocos casos, la compañía de las amigas o incluso la soledad.

No es tampoco infrecuente que, en las propias parejas, se planteen conflictos porque mientras las mujeres cambian y se interesan por los temas señalados, sus maridos siguen anclados en sus formas particulares de ocio y desinteresados por formarse o cuidarse o participar en actividades cooperativas. Esto hace que algunas mujeres se sientan cada vez más distantes de sus maridos, decepcionadas con su estancamiento y sintiéndose incomprendidas.

Los efectos negativos de los roles de género: una construcción social que les crea dificultades para vivir la sexualidad, especialmente a las mujeres.

Los roles de género en la vejez mantienen numerosos contenidos de los roles de género en la vida adulta, con características que crean dificultades para que hombres y mujeres se entiendan, comuniquen adecuadamente, cooperen, tengan una vida satisfactoria y relaciones de pareja adecuadas. Entre estas diferencias asignadas socialmente están, entre otras:

#### HOMBRES

- Tareas instrumentales fuera de casa y reparaciones de la casa.
- Decisiones económicas.
- Dominación y poder.
- Libertades sexuales.
- Vida social.
- Iniciativa sexual.
- Más interesados por la actividad sexual.
- Ocio masculino: juegos de mesa.
- Deporte pasivo, etc.
- Menos sensibles y afectivos.

#### MUJERES

- Tareas domésticas y cuidados de personas.
- Decisiones domésticas.
- Sumisión y condescendencia.
- Fidelidad familiar.
- Vida familiar.
- Dependencia sexual del marido.
- Más interesadas por la intimidad y afectos.
- Ocio femenino: encuentro con amigas.
- Autocuidado, formación, etc.
- Más afectivas y sensibles.

Estas diferencias en la socialización son aprendidas y se convierten en un patrón de conducta que crea dificultades en las relaciones entre los hombres y las mujeres a lo largo de toda la vida, manteniéndose en uno u otro grado en la vejez.

Aunque no todas las noticias son negativas en este sentido: los estudios reflejan que, al menos en la actualidad, hay dos tipos de cambio positivos en los varones de más edad:

En primer lugar, los hombres mayores, especialmente a partir de aproximadamente los 60 años, empiezan a flexibilizar el rol social aprendido, asignado y vivido durante años, dando más importancia a los afectos, la vida familiar, las amistades, los cuidados, etc. A ello pueden contribuir razones biológicas (disminución de testosterona, menor presión del deseo sexual, etc.), cambios mentales (mayor conciencia de vulnerabilidad y temporalidad de la vida, etc.) y, sobre todo, razones sociales: menor peso de presión social por competir, rendir, trabajar, conseguir prestigio y dinero, etc.

Sean cual fueren las causas, lo cierto es que los hombres mayores se hacen más sensibles, más próximos y afectivos, más cooperativos, etc. La creencia popular sobre la supuesta dureza del padre y la ternura del abuelo tiene, por tanto, un fundamento real.

*"Pero ¡qué grande es esto de cuidar a alguien! Las mujeres tienen suerte... bueno, en esto. ¡Ahora comprendo a Dunka, curando mi herida y atendiéndome mientras no pude caminar!...Por qué no lo habré hecho más, esto de cuidar así? Y ¿cómo iba a saberlo, si nadie, me enseñó, si me crié a puñetazos contra todo". (San Pedro, en La sonrisa etrusca, 1985).* Esto es lo que se dice a sí mismo este viejo, en la vejez, cuando descubre con su nieto y una nueva relación amorosa lo importante, sabio y gratificante que es cuidar a otras personas.

Por otro lado, centrándonos ahora en las mujeres, hay que reseñar que mientras unas siguen asumiendo el rol social tradicional, otras, pertenecientes a las nuevas generaciones de mujeres mayores, empiezan a verse beneficiadas de los cambios sociales de las últimas décadas: trabajo fuera del hogar y autonomía, asunción de una vida social abierta, patrones de relación igualitaria entre hombre y mujer, ausencia de doble moral sexual para hombres y mujeres, etc.

Estos cambios de los hombres y de las mujeres pueden acabar favoreciendo la vida sexual y amorosa de ambos, abriendo un nuevo horizonte en las relaciones hombre mujer, también en el campo de la sexualidad y los afectos. Pero nos vemos obligados a reconocer que estos cambios son parciales y no acaban de llegar a buena parte de la población.

En relación con la actividad sexual en concreto, las mujeres tienen más dificultades para sentirse satisfechas con su vida sexual y amorosa, por numerosas causas asociadas al rol sexual asignado:

- Las mujeres han sido educadas de forma más restrictiva en términos de moral sexual que los hombres, por lo que si no están casadas les resulta más difícil permitirse tener relaciones sexuales.
- Las mujeres que se toman libertades sexuales son peor vistas que los hombres que hacen lo mismo que ellas. La crítica de la familia y la sociedad es mucho mayor en el caso de que sea una mujer la que tiene actividad sexual fuera del matrimonio.
- Las mujeres han aprendido que deben tomar menos la iniciativa, porque a ellas les corresponde esperar a que los hombres les hagan las demandas sexuales.
- El prejuicio social de que las mujeres deben tener igual o menos edad que los hombres, dificultan que las mujeres tengan como pareja a hombres más jóvenes.
- Las mujeres mayores son consideradas menos atractivas que los hombres de su edad, prejuicio que no pocas mujeres tienen interiorizado.
- Las mujeres viudas y separadas forman de hecho menos nuevas parejas que los hombres, con lo que la deslegitimación de la sexualidad fuera del matrimonio les crea más dificultades reales para tener una vida sexual.
- Las mujeres cuidan con mayor frecuencia a personas dependientes y a nietos, por lo que su vida cotidiana está más condicionada, permitiéndole menos tiempo de ocio y menos libertades sociales.
- Las mujeres suelen haber tenido y tener una vida laboral y social más limitada a la casa y, en todo caso, a las relaciones con algunas amigas, reduciendo su red de relaciones, mientras que no es infrecuente que los hombres se jubilen más tarde y mantengan una vida social más rica.

Todo ello, hace más improbable que las mujeres de avanzada edad mantengan motivaciones sexuales y tengan oportunidades para tener relaciones ocasionales o en pareja si lo llegan a desear. Y dentro del matrimonio, como demuestran los datos comentados, las mujeres dependen más de las demandas, capacidades y salud del varón, porque tradicionalmente ha correspondido a los varones tomar la iniciativa y pedir o incluso exigir relaciones sexuales a su esposa.

#### 4.9. LAS GENERACIONES DE PERSONAS MAYORES ACTUALES

Las personas mayores de 60 años son muy diversas unas de otras, porque como hemos señalado varias veces, los mayores son más diferentes entre sí que los menores y los jóvenes. Aun así, creemos que puede decirse que hay, al menos, dos grupos de edad diferenciados:

– Los que nacieron antes la guerra civil española y vivieron toda su infancia y juventud bajo la dictadura franquista, conociendo ya de adultos, la democracia. Esta generación o conjunto de generaciones, los que superan hoy los 70 o 75 años, ha vivido condiciones de vida duras en la infancia y la juventud en sus familias de origen, en la escuela, en el trabajo y en su vida social. La sociedad española era víctima de una doble dictadura política y religiosa, con leyes y enseñanzas sexistas y sexofóbicas que les acompañaron hasta su vida adulta. No solo estuvieron peor alimentados, vestidos y cuidados, sino que tuvieron que afrontar condiciones laborales duras y soportar una moral sexual muy represiva.

Esta herencia condiciona su manera de pensar, sentir y actuar en muchos campos, especialmente el de la sexualidad y las relaciones amorosas. Una generación que ha asistido perpleja o escandalizada ante las nuevas leyes, formas de relación y estilos de vida de los más jóvenes.

No son pocas de estas personas las que se han liberado de su propia historia, abriéndose a nuevos planteamientos y formas de vida, pero en la mayoría de los casos siguen compartiendo viejas creencias o están en un estado de confusión que les hace difícil construir una biografía sexual y amorosa, salvo que tengan la suerte de tener relaciones convencionales satisfactorias.

La mayoría de estas personas se han casado una vez, tuvieron varios hijos y no usaron anticonceptivos a lo largo de su vida, salvo, tal vez, en la última parte de ésta. Asumieron roles sexuales convencionales e hicieron una vida sexual convencional, salvo, los que recurrieron al algún servicio de prostitución o “hicieron de su capa un sayo” con relaciones extramaritales.

Esta generación llega a la vejez fatigada y desgastada físicamente, y con actitudes y formas de vida muy convencionales, contemplando como sus hijos y nietos viven su vida, de forma muy diferente. En algunos casos les envidian abiertamente, en otros muchos se escandalizan, aunque como buenos padres y abuelos les aceptan incondicionalmente.

– Quienes hoy tienen entre 60 y 70 años, como generación, participaron a lo largo de su infancia y juventud de dos momentos históricos muy diferentes: la dureza de la dictadura católico-franquista y el final del franquismo, mucho más débil a partir de los años 65-70 del siglo pasado. Las

condiciones de vida mejoraron de forma significativa, la presión política y religiosa perdió terreno, a la vez que el proceso de secularización y cambio político empezó a hacerse evidente. A mediados y finales de esta década, los jóvenes, especialmente los que tuvieron la oportunidad de ser universitarios, empezaron a pensar, sentir y actuar de forma mucho más liberal e incluso revolucionaria en todos los campos, también en el sexual-amoroso.

Aunque en el mundo rural estos cambios fueron menos evidentes, en la universidad y en el medio urbano la sociedad española cambió de forma sustancial, perdiendo peso las formas religiosas más conservadoras y poder de control la dictadura. Todo ello hace que, por primera vez, empieza a haber en España personas mayores, en lo que se ha llamado primera vejez, con actitudes y estilos de vida mucho más liberales que en el pasado. Esta generación de mayores se ha beneficiado también más de los cambios democráticos (cambios en leyes sobre la anticoncepción, la separación y el divorcio, una educación más laica, costumbres y estilos de vida) porque éstos han sucedido cuando aún eran jóvenes o adultos jóvenes. Una nueva generación que llega en mejores condiciones físicas y morales a la vejez, más capaz de organizar su vida sexual y amorosa con mayor libertad.

Esta generación es menos sexista, gracias sobre todo al cambio de las mujeres, con relativa frecuencia han tenido más de una pareja a lo largo de su vida, han usado anticoncepción desde la juventud, han tenido menos hijos y en no pocos casos se han permitido tener una vida sexual y amorosa más liberal, por señalar únicamente algunas de las muchas diferencias.

Naturalmente no hubo una ruptura generacional propiamente dicha, sino un proceso lento, de forma que los intervalos de edad que hemos señalado son solo aproximativos. Sobre todo, hay que tener en cuenta que estas características generacionales se mezclan con diferencias individuales, de clase social y nivel cultural que son también muy importantes.

No podemos olvidar que, por otra parte, a nivel internacional, quienes fueron actores de los movimientos universitarios y sociales revolucionarios de los años 60-70 son hoy personas que han entrado en la vejez o están a punto de hacerlo.

Es seguro que estos cambios sociales y esta nueva generación a caballo de ellos, van a conllevar también transformaciones en el estilo de vida, creando condiciones de mayor libertad para tomar decisiones sobre la propia vida sexual y amorosa.

#### 4.10. LA JUBILACIÓN

La jubilación puede ser el inicio de un periodo excelente si se dan determinadas condiciones: salud, razonable bienestar económico y relaciones interpersonales y sociales satisfactorias. Un tiempo para disfrutar de un balance positivo de la vida ("confieso que he vivido", escribía Neruda; "la vida me ha dado lo que puede dar", solemos decir nosotros), estar liberado de la necesidad trabajar y de producir o competir para alcanzar la excelencia, tener un tiempo para actividades lúdicas, estéticas, de voluntariado, etc. Un tiempo para vivir y amar, más centrado en las necesidades afectivas que en las de competencia o status. Un tiempo que puede ser verdaderamente largo. Y así lo es, cada vez para más personas. De hecho, un número alto de jubilados consiguen beneficiarse de los logros económicos alcanzados o de prestaciones sociales razonables y viven un periodo de la vida especialmente plácido y gozoso.

A este sentimiento de bienestar contribuye el hecho de que muchas de las personas jubiladas han tenido una vida tan dura que disponer ahora de unos ingresos seguros, una casa caliente y limpia, agua corriente, buena alimentación y atención sanitaria, les hace sentirse muy bien. No hay que olvidar que el sentimiento de bienestar depende de las comparaciones y expectativas subjetivas, no solo de determinados factores objetivos.

Pero la jubilación supone en otros muchos casos una pérdida de ingresos económicos, una disminución de la actividad mental y física, y una pérdida parcial de la red de relaciones sociales. El lugar económico y social de la persona jubilada cambia realmente, en muchos casos, con pérdidas significativas. Todo ello puede ser interpretado simbólicamente como una pérdida o muerte social que disminuye el interés por vivir y el propio interés por la vida sexual y amorosa.

La jubilación puede tener efectos más negativos en los hombres, puesto que para ellos el trabajo suele haber sido una dimensión importante de su vida, y en aquellas mujeres que trabajan fuera de casa, especialmente si han tenido trabajos satisfactorios.

Por el contrario, la jubilación puede ser una liberación para quienes han tenido un trabajo duro, tedioso, etc., para los que se jubilan más jóvenes y no consiguen rehacer un nuevo plan de vida, en el caso de los que no han podido tener aficiones o una formación que les permita disfrutar con otras cosas, etc.

En efecto, para algunas personas la jubilación supone una pérdida tal de ingresos que les obliga a cambiar el estilo de vida, abandonar formas de ocio, limitar las compras de forma significativa, etc.

Para otras, las pérdidas asociadas a la jubilación afectan más a las relaciones sociales: encuentro diario con los compañeros de trabajo, viajes, comidas y reuniones, etc., reduciendo la vida al barrio, la urbanización, el pueblo, etc.

La pérdida de rol y status social es frecuente en aquellos hombres y mujeres que alcanzaron algún reconocimiento social, pasando a ser en el barrio "el marido de..." o "la mujeres de..."

Las mujeres que trabajan fuera de casa, salvo las que han alcanzado un alto status profesional, suelen vivir como una liberación la jubilación porque en muchos casos estaban sometidas a una doble jornada de trabajo, fuera y en la propia casa, aunque, a la vez, pierden una fuente de relaciones sociales.

Por otra parte, las mujeres suelen desenvolverse mejor en la casa, en el barrio y en las actividades cotidianas, mientras que para muchos hombres dejar el trabajo es encontrarse con muchas horas vacías, sin saber muy bien qué hacer. No deja de sorprendernos la multitud de varones mayores que vagan por las estaciones, plazas y calles, mientras sus mujeres (para bien o para mal, según los casos) permanecen activas en casa o en el barrio.

La inactividad y el aburrimiento, junto con la sensación de marginación que puede vivirse en la jubilación, predicen un deterioro físico y mental, así como desinterés por la vida, la sexualidad y las relaciones.

Algunas parejas también tienen dificultades porque, con la jubilación, tienen que adaptarse a estar mucho tiempo juntos, después de una larga vida en la que cada uno tenía sus espacios laborales y sociales, sufriendo más las carencias, manías o críticas del otro, incomodándose y limitándose el uno al otro, encerrados en una relación cada vez más aislada.

Aprender a disfrutar de actividades de ocio antes de la jubilación (leer, escuchar música, viajar, jugar, bailar, hacer ejercicio, etc.), involucrarse en nuevos compromisos (por ejemplo ejerciendo algún voluntariado), asociarse a grupos de diferente tipo (culturales, sociales, etc.) y mantener activa una buena red de relaciones sociales, no solo con la pareja, es fundamental para no sufrir de soledad, disfrutar de las relaciones y rehacer la vida sexual y amorosa si se desea.

#### 4.1.1. PROBLEMAS O DISFUNCIONES SEXUALES

Las dificultades con la erección, en el caso del varón, y el bajo deseo sexual y sequedad vaginal, en la mujer, así como el aburrimiento y la insatisfacción con la pareja, en ambos casos, son los problemas sexuales concretos

que más pueden afectar a las personas mayores. Aunque estas dificultades tienen hoy razonable solución, son muchas las personas mayores que no piden ayuda y que renuncian a la actividad sexual por estos motivos. Como es sabido, hablamos de disfunciones cuando el hombre o la mujer tienen dificultades en una o varias fases de la respuesta sexual humana: problemas del deseo, la excitación o el orgasmo.

La relación de las disfunciones sexuales con la edad no está clara.

En el hombre, mientras algunos problemas aumentan con la edad (dificultades como la erección y su mantenimiento), otros disminuyen (como por ejemplo, el alcanzar el orgasmo demasiado pronto, la hipersexualidad, la pedofilia, etc.).

En la mujer algunos problemas aumentan, como la falta de interés por la sexualidad y el dolor vaginal por sequedad u otros motivos.

En realidad, en algunas disfunciones hay una clara relación con la edad (las señaladas anteriormente) mientras que en otras no es así. Y cuando hay relación con la edad, ésta puede ser muy diversa, estando en unos casos la disfunción asociada a la edad negativamente (a más edad, más posibilidad de disfunción) o positivamente (a más edad, menos posibilidad de disfunción).

En todo caso, las dificultades y disfunciones son tan frecuentes que es necesario educar a las personas mayores para que conozcan cuáles son sus posibles dificultades y disfunciones y aprendan a pedir ayuda. Incluir esta temática en las entrevistas clínicas a las personas mayores y hacer intervenciones, es esencial.

#### 4.12. LOS PROBLEMAS DE SALUD

La salud suele ser el valor más deseado por las personas mayores (siempre recordaré a mi padre, ya mayor, invitando a tomar vino por una jarrita de barro a todo el que pasaba por casa, con este diálogo: "que haya salud", decía el invitado, "eso es menester", contestaba mi padre) y las enfermedades el problema más temido y más condicionante. Lo era así, por razones objetivas (algunas enfermedades condicionan de forma muy grave el estilo de vida y la vida sexual y amorosa), pero también por la forma en que se vivía, y se vive aún en algunos contextos sociales, la enfermedad.

En efecto, asociada la actividad sexual a la idea de peligro, desgaste, etc., se mantenían una serie de creencias infundadas que llevaban a rechazar la actividad sexual si se tenía alguna enfermedad. ¿Qué conocimientos tenemos en la actualidad sobre este tema?:

– **El estado físico general y algunos hábitos** pueden tener una gran influencia en la vida sexual y amorosa. El cansancio, el agotamiento, el estrés, la mala alimentación, la falta de higiene, la falta de actividad física, etc. pueden tener influencias muy negativas tanto en el interés sexual como en la capacidad para tener y disfrutar de la actividad sexual.

Especial importancia tienen el consumo de tabaco y, sobre todo, el alcohol. El alcohol, en dosis elevadas y crónicas, se asocia con dificultades en la erección. El alcohol, aun sin cronicidad, disminuye la capacidad fisiológica de erección y puede dar lugar a fracasos que, por el propio miedo a que se repitan, acaben generalizándose.

– A pesar de que la actividad sexual es compatible y hasta deseable, si la persona está motivada, aún en los casos de **problemas de salud física y mental**, es frecuente que disminuya o incluso desaparezca. El efecto no es directo (salvo casos muy concretos, como la diabetes), sino que puede actuar a través de los miedos (por ejemplo después de un infarto), la ignorancia (numerosas personas siguen pensando que la actividad sexual desgasta y es peligrosa cuando hay problemas de salud) y los medicamentos (algunos de ellos afectan al deseo y la capacidad de respuesta sexual).

Entre las enfermedades que afectan más claramente la actividad sexual están la diabetes (mayor necesidad de estimulación y posible dificultad para la erección o llegar al orgasmo en hombre y mujeres), el infarto (por afectación del miedo o de los fármacos puede hacer disminuir el deseo o la capacidad de erección), la depresión (suele afectar al deseo especialmente por la propia depresión o los fármacos), problemas motores por reuma o apoplejía (pueden reducir el deseo, la movilidad, etc.), problemas oncológicos (especialmente por la afectación del humor o de la figura corporal). Lo importante en estos casos es contar con un buen consejo médico que indique al paciente los posibles efectos de la enfermedad y de los fármacos sobre la sexualidad. Esta información, por cierto, debe considerarse obligatoria para los profesionales.

En todo caso, como criterio general, la actividad sexual es saludable, aun estando enfermos, una vez pasada la fase aguda y teniendo en cuenta las indicaciones de los médicos.

Para quienes están sanos la actividad sexual promueve la salud física, psicológica y social, a la vez que ésta se ve beneficiada por el estado de salud que previamente se tiene. La interacción favorable entre salud y sexualidad es clara.



## BIBLIOGRAFÍA

- Brecher, M. (1984). *Love, sex and aging*. Boston: Little Brown.
- Briggs, S. K. y Home, S. G. (2007). Sexual satisfaction and desire discrepancy in same sex women's relationships. *Journal Sex Marital Therapy*. 33 (1) 41-53.
- Burleson, M. H., Trevathan, W. R. y Todd, M. (2007). In de mood for love or viceversa? *Archives of Sexual Behavior*. 36 (3) 357-368.
- Canadian Association on Gerontology (2004) *Social Isolation and Loneliness*. *Canadian Journal on Aging*, 23 (2)( Número monográfico).
- Damasio, A. (2005). *Spinoza. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Drakontos.
- Deci, E. y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. y Rayan, R. (2000). Self Determination theory and the facilitation on intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- DeLamater, J. D. y Still, M. (2005). Sexual Desire in later life. *Journal of Sex Research*. 34 (5) 138-149.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Nortto,.
- Fernandez-Ballesteros, R. (Dr.)(2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Janus, S. y Janus, C. (1993). *The Janus Report on Sexual Behavior*. New York: John Wiley.
- Lindau, S. T., Schumm, L. Ph., Laumann, E. O., Levinson, Ph. D., O'Muircheartaigh, C. A. y Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*; 357: 762-774.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. V. I. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López F., Etchebarría I., Fuentes M. J. y Ortiz M. J. (1999) *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- López, F. (2005). Experiencia amorosa en la vejez. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*., 135-17

- López, F. (2005). Experiencia amorosa en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología.*, 135-17
- López, F. Educación sexual (2005). Madrid: Biblioteca Nueva, 2005,
- López, F. (2006). Educación sexual de los hijos. Madrid: Pirámide.
- López, F. (2007) Homosexualidad y familia. Barcelona: Grao.
- López, F. (2008). Necesidades de los niños y adolescente. Madrid: Pirámide.
- López, F. (2009). Amores y desamores: Procesos de vinculación y Desvinculación sexuales y afectivos. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2010). Separarse sin grietas: Como sufrir menos y no hacer daño a los hijos. Barcelona: Grao.
- López, F. (2011). Guía para orientar la vida sexual de las personas con discapacidad intelectual. Valladolid: Conserjería de Familia y Asuntos Sociales, Junta de Castilla y León.
- López, F. (2012) Sexualidad y afectos en la vejez. Madrid: Piramide.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Nieto, J. A. (1995). La sexualidad en las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Ortega y Gasset, J. (1927). *La rebelión de las masas*. Madrid: Austral.
- Rossi, A. S. (1994). *Sexuality across ther life course*. London: U. Chicago Press.
- Rathus, E., Nevid, J. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson.
- Ryan, R. y Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Rutter, M (2000). The impact of illness on sexuality. En D. Wells (Ed.) *Caring for Sexuality*. London: Churchill Livingstone.
- San Pedro. L-L. (1985). *La sonrisa etrusca*. Marid: Almagüara.
- Starr, B.D. y Weimer, M.B. (1981). *The Starr-Weimer report on sexual and sexuality in the mature years*. New York: Stein and Day.
- Sharpe, Th. H. (2006). Later life Sexuality. En R. D. McAnulty y M. M. Brúñete (Eds) *Sex and sexuality*. London: Praeger.
- Steverink, N. y Lindenberg, S. (2006). Which Social Needs are important for Subjective Well-Being?. What happens to them with Aging?. *Psychology and Aging*. 21 (2) 281-290.
- Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Trudel, G., Turgeon, L y Oiche, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (4), 381-406.

- Vazquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Veenhoven, R. (1999). Quality of life in the individualistic society. *Social Indicators Research*, 48, 159-188.
- Walde, T. J. (2000) Evolutionary theory and Self-perception, Sex Differences in Body Esteem predictors of Self perceived Physical and Sexual Attractiveness and Self Esteem. *International Journal of Psychology*. 35 (1) 36-45.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Londres: The MIT Press.
- White, C. B. (1982). Sexual interest, attitude, Knowledge and sexual history in relation to sexual behavior in institutionalized aged. *Archives of Sexual behavior*, 11, 11-21.
- Yalon, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

