

Sexualidad **madura**

Manuel Lucas Matheu




EDITORIAL
SÍNTESIS

Sexualidad madura

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Sexualidad madura

Manuel Lucas Matheu



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos, en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Manuel Lucas Matheu

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995880-1-8

Impreso en España- Printed in Spain

Índice

Introducción

1. Aspectos sociológicos de la sexualidad de los mayores

1.1. Una visión transcultural de la sexualidad madura y del envejecimiento

1.2. Sexualidad madura en la sociedad occidental

1.2.1. Los orígenes de la moral sexual judaica

1.2.2. La sexualidad madura en Grecia y Roma clásicas

1.2.3. La irrupción del cristianismo y la moral sexual

1.2.4. La evolución de la moral sexual a través de los acontecimientos de la cultura occidental

1.2.5. La represión sexual en nombre de la ciencia

1.2.6. El ninguneo de la sexualidad madura y el procreativismo

1.3. El modelo occidental de relaciones sexuales y su influencia en la sexualidad de los mayores

1.3.1. Un modelo genital-izado

1.3.2. Un modelo falocrático y masculino

1.3.3. Un modelo procreativista y gimnástico

1.3.4. Un modelo marginador y excluyente

2. Fisiología sexual en la madurez

2.1. Fisiología de la respuesta sexual

2.1.1. La evolución de la respuesta sexual

2.1.2. El debate sobre la estructura de la respuesta sexual

- [2.1.3. La puesta en marcha de la respuesta sexual](#)
- [2.1.4. La erección del pene](#)
- [2.1.5. La lubricación vaginal](#)
- [2.1.6. Fenómenos extragenitales de la respuesta sexual](#)
- [2.1.7. Fisiología del orgasmo](#)
- [2.1.8. Concepto de orgasmo](#)
- [2.1.9. Las diferencias entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer](#)
- [2.2. Cambios de la fisiología sexual con la edad en la mujer](#)
- [2.3. Cambios de la fisiología sexual con la edad en el hombre](#)
- [3. Educación sexual y promoción de la salud sexual para mayores](#)
 - [3.1. Las diferentes proyecciones de la educación sexual](#)
 - [3.1.1. El modelo represivo](#)
 - [3.1.2. El modelo preventivista](#)
 - [3.1.3. El modelo genitalizado](#)
 - [3.1.4. El modelo procreativista y sexista](#)
 - [3.1.5. El modelo biologicista y patologizante](#)
 - [3.1.6. El modelo frivolizante](#)
 - [3.2. Hacia un modelo científico de educación sexual](#)
 - [3.2.1. Conocimiento del hecho sexual humano](#)
 - [3.2.2. Conocimiento de los comportamientos sexuales](#)
 - [3.2.3. Trabajar las actitudes ante el hecho sexual humano](#)
 - [3.2.4. Fomento de las capacidades para vivir la sexualidad](#)

3.3. Matices y peculiaridades de la educación sexual para mayores

3.3.1. Un currículum de represión sexual

3.3.2. El ninguneo y la marginación actual de su sexualidad

3.3.3. La desproporción entre el número de hombres y mujeres

3.3.4. Patologías crónicas más presentes en los mayores

3.3.5. Las condiciones de vida de los mayores

3.3.6. El tiempo libre de los mayores

3.4. Desarrollo de programas de promoción sexual para mayores

3.4.1. Objetivos del programa

3.4.2. Líneas de acción

3.4.3. Plan de formación de profesionales

3.4.4. Los talleres con mayores

3.4.5. Una asignatura pendiente

4. Enfermedad crónica y sexualidad

4.1. Prevalencia de las enfermedades crónicas en los mayores y su proyección en la salud sexual

4.1.1. La proyección de la enfermedad crónica en la salud sexual

4.2. Problemas osteoarticulares en los mayores y sexualidad

4.2.1. Artrosis y sexualidad

4.3. Problemas neurológicos en los mayores y sexualidad

4.3.1. La enfermedad de Alzheimer

4.3.2. La enfermedad de Parkinson

- [4.3.3. La enfermedad cerebrovascular](#)
- [4.4. Problemas cardiovasculares en los mayores y sexualidad](#)
 - [4.4.1. Insuficiencia cardíaca](#)
 - [4.4.2. Cardiopatía coronaria](#)
 - [4.4.3. Asesoramiento sexual para cardiópatas](#)
 - [4.4.4. Problemas vasculares](#)
 - [4.4.5. Hipertensión y sexualidad](#)
- [4.5. Problemas crónicos de origen metabólico y endocrino en los mayores y su incidencia en la salud sexual](#)
 - [4.5.1. Diabetes y sexualidad](#)
 - [4.5.2. Alteraciones del eje hipófiso-hipotálamo-gonadal](#)
- [4.6. Líneas generales del asesoramiento sexual en las enfermedades crónicas](#)
- [5. Peculiaridades de los problemas sexuales en la edad madura](#)
 - [5.1. Prevalencia y etiología de los problemas sexuales de la mujer madura](#)
 - [5.1.1. Prevalencia y etiología del deseo sexual hipoactivo](#)
 - [5.1.2. Prevalencia y etiología de los problemas de lubricación vaginal](#)
 - [5.1.3. Prevalencia y etiología de los problemas del orgasmo](#)
 - [5.2. Prevalencia y etiología de los problemas sexuales del hombre maduro](#)
 - [5.2.1. Prevalencia y etiología de la disfunción eréctil en el hombre maduro](#)
 - [5.2.2. Trastornos del orgasmo y de la eyaculación en el hombre mayor](#)
 - [5.3. Aspectos culturales en los problemas sexuales de los mayores](#)
 - [5.3.1. Los efectos del modelo sexual cultural](#)

5.3.2. Los efectos del modelo occidental de relaciones sexuales

6. Asesoramiento y terapia de los problemas sexuales en la madurez

6.1. Asesoramiento y terapia en el deseo sexual hipoactivo en las personas mayores

6.1.1. Tratamiento de los problemas orgánicos e iatrogénicos en el DSH

6.1.2. Tratamiento de los problemas de autoestima en el DSH

6.1.3. Tratamiento de los problemas y los conflictos de pareja que influyen en el DSH

6.1.4. Sensibilización corporal

6.1.5. Tratamiento farmacológico del DSH

6.2. Asesoramiento y terapia en los problemas de lubricación en las mujeres mayores

6.3. Asesoramiento y terapia en los problemas de la disfunción eréctil en los hombres mayores

6.3.1. Terapia sexual de la disfunción eréctil

6.3.2. Terapia farmacológica de la disfunción eréctil

6.4. Asesoramiento y terapia en los problemas de la eyaculación en los hombres mayores

6.4.1. Terapia sexológica de la eyaculación prematura

6.4.2. Terapia farmacológica de la eyaculación prematura

6.5. Asesoramiento y terapia en los problemas de la anorgasmia en las personas mayores

6.6. Asesoramiento y terapia de pareja en las personas mayores

6.6.1. Evolución de las relaciones de pareja

6.6.2. Asesoramiento de los conflictos de pareja en las personas mayores

6.6.3. Mejorar las relaciones sexuales para mejorar las relaciones de pareja en las personas mayores

[a](#)

Introducción

La vejez, la tercera edad, la edad madura, la edad del otoño o la última etapa de la vida son formas de nombrar la fase del ciclo vital en la que el organismo comienza a perder vitalidad de forma progresiva.

En nuestra cultura, la vejez es rechazada, evitada y temida. Está rodeada de mitos y tabúes, y dentro de esos mitos la sexualidad ocupa un lugar preeminente. El mito principal es considerar erróneamente a esta etapa de la vida como una etapa prácticamente asexuala. Por este motivo, las personas mayores en nuestra cultura sienten el rechazo y la discriminación cuando intentan vivir o expresar su sexualidad.

Las personas somos sexuadas, sexuales y eróticas cuando nacemos, y ya no dejamos de serlo durante toda nuestra vida. Eso es un hecho ineludible. Por tanto la edad madura no es en absoluto una edad "asexuala".

La población es cada vez más envejecida, y eso es debido a que se añaden años a la vida. El reto inmediato es añadirle vida a los años. Y el envejecimiento activo es un reto de futuro, en la atención a las personas mayores. Y dentro de ese envejecimiento activo, que las personas puedan seguir viviendo como personas sexuadas, de forma plena y satisfactoria.

Para hacer eso posible, las personas que los rodean (profesionales, cuidadores, etc.) han de tener la información y la formación suficientes para apoyar y favorecer el acceso libre a la sexualidad de las personas mayores.

Una gran parte de esa formación no ha de ser específica, porque tampoco es tan diferente la sexualidad de las personas mayores. Pero las peculiaridades de la erótica del otoño hacen necesario, para algunos aspectos, un tratamiento diferenciador, más allá de los tópicos.

Este libro es el fruto de muchos años trabajando, estudiando e investigando en sexología, durante los cuales he ido consolidando una visión integral e integradora de la sexualidad humana. Una visión desde la que hay que enmarcar la sexualidad madura, una sexualidad que puede verse afectada por los efectos del envejecimiento, pero a su vez enriquecida por la experiencia de los años, y por la mayor cantidad de tiempo disponible para disfrutarla, que aporta la jubilación.

Enfermedades crónicas, descensos fisiológicos, marginación social, mitos, soledad,

etc., pueden caer como un castillo de naipes ante la fuerza rehabilitadora y enriquecedora de una sexualidad de la piel, del contacto profundo, de la sincronía interaccional y de la comunicación íntima.

Esta obra resultará de gran utilidad tanto a profesionales de la sanidad, de la educación, de los servicios sociales, etc., directamente relacionados con la atención a los mayores, como a personas mayores, que actúan como mediadoras o formadoras, en temas de sexualidad.

Es un libro que abriga la esperanza de contribuir a que la sexualidad madura, lejos de constituir una amenaza, o una capacidad arrinconada, o un anhelo adormecido y bloqueado, sea una vía de reencuentro consigo mismo y con los demás. La sexualidad como un instrumento rehabilitador y para elevar la autoestima. La sexualidad como un valor y una capacidad, para aumentar la calidad de vida y, en definitiva, para dar vida a los años, y por qué no, para darle años a la vida.

1

Aspectos sociológicos de la sexualidad de los mayores

La sexualidad humana evolucionó de forma bastante diferenciada de las demás sexualidades de otras especies, incluidas las más próximas a nosotros, como bonobos y chimpancés.

Una respuesta sexual única, en la que la mujer responde sexualmente de forma permanente, y no cíclica como las demás primates, y en la que se independizó de sus hormonas, para tener una respuesta inducida neurológicamente, como la de los machos de todos los mamíferos.

Una sexualidad que trascendió lo meramente procreativo, para convertirse en una dimensión fundamental de la comunicación entre las personas. Una piel que evolucionó hasta la piel más sensible de todos los mamíferos, con la mayor cantidad y variedad de corpúsculos sensitivos. Una especie, la nuestra, con una enorme capacidad sexual, en la que la reproducción es solamente una consecuencia ocasional, pero no el objetivo fundamental, del sexo, como en las demás especies.

Una sexualidad, única, irrepetible en otros seres vivos, la cual, aparte de nuestra capacidad intelectual, que nos ha situado en cabeza de la evolución, es una de nuestras características más diferenciadoras.

Así nacimos como *homo sapiens*, con un enorme vigor evolutivo, con una sexualidad muy especial y un protagonismo decisivo de la mujer, en los albores de la humanidad. El hecho sexual humano es a partir de entonces un hecho complejo, multicolor, lleno de matices y peculiaridades, que ha sido uno de los verdaderos motores de nuestra evolución. Y este hecho tan complejo ha evolucionado a su vez de forma diferente en cada una de las sociedades humanas, pero con un denominador común: una intensa necesidad de contacto, una inmensa sed de piel.

1.1. Una visión transcultural de la sexualidad madura y del envejecimiento

Durante años he estado investigando los determinantes de la moral sexual, en sesentaiséis

culturas diferentes, relacionando el grado de salud sexual con la agresividad y el papel de lo femenino. Los resultados de la investigación están publicados en un libro llamado *Sed de piel* (Lucas, M., 2009). Las culturas más permisivas, con un grado alto de salud sexual, coinciden a su vez con culturas pacíficas y en las que lo femenino juega un papel fundamental (figura 1.1).

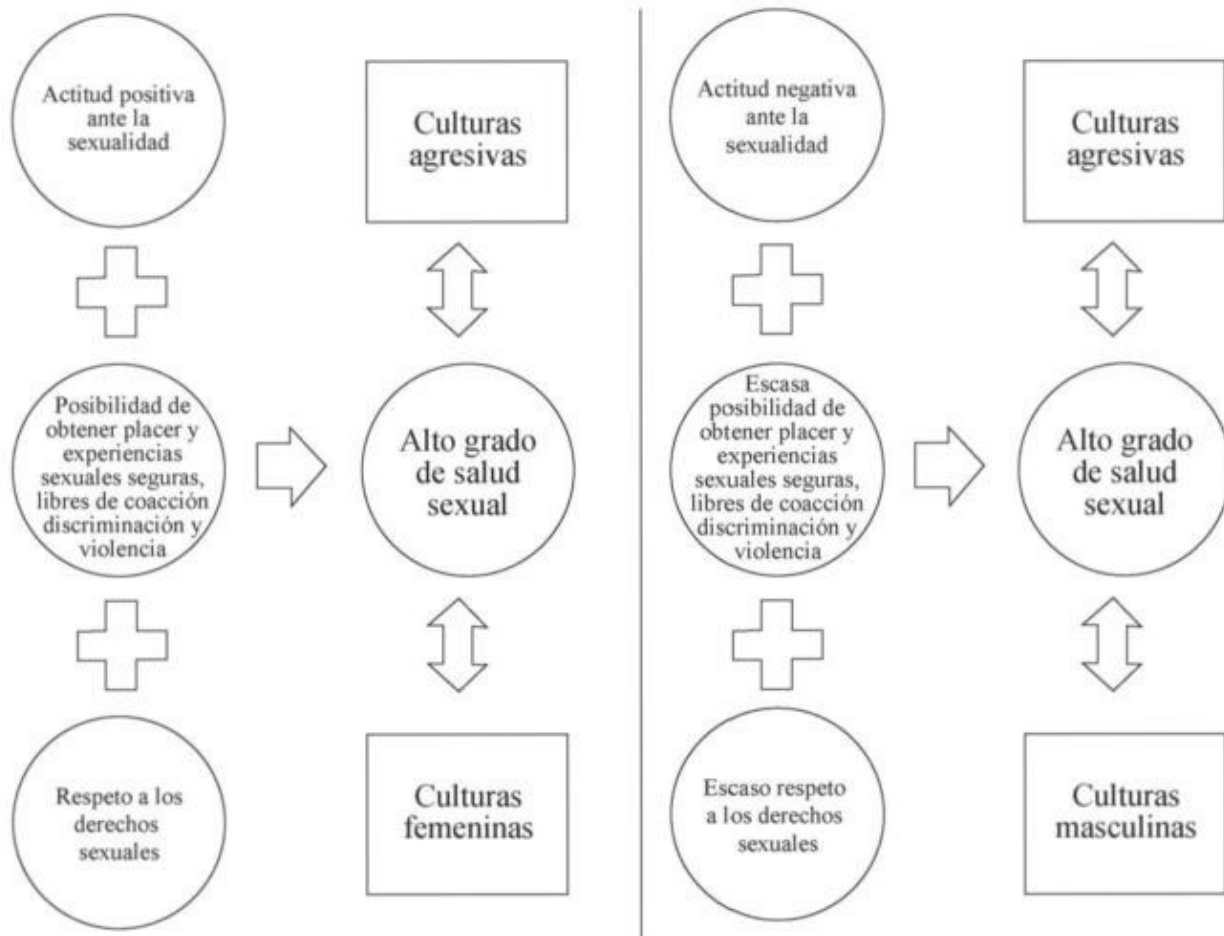


Figura 1.1. Análisis transcultural de la salud sexual (Lucas, M., 2009).

La sexualidad de los mayores no estaba dentro de los parámetros que fueron utilizados para este análisis transcultural. Pero la percepción, después de este amplio estudio, es que la sexualidad de los mayores no es valorada ni vivida uniformemente en todas las culturas. Y también la percepción es que los mayores tienen mejor acceso a la sexualidad y, en algunas ocasiones, un importante protagonismo, tanto hombres como mujeres, en las culturas con alto grado de salud sexual. Aunque esto tiene sus matices en el caso de las mujeres, de modo que en las culturas con dominio de lo masculino también muchos hombres mayores tienen acceso a relaciones sexuales y a matrimonios con mujeres jóvenes, y en cambio las mujeres mayores no.

Malinowski, pionero en los estudios de campo antropológicos, con especial atención a la sexualidad, realizados en las Islas Trobiand de la Melanesia, en su obra, *La vida sexual de los salvajes*, describe cómo los nativos, tanto si eran jóvenes como viejos, tenían regularmente ocasión para las relaciones sexuales, y las mantenían también de forma regular, y se refería muy especialmente a las mujeres mayores (Malinowski, 1929).

El pueblo de las Islas Trobiand tiene una estructura matrilineal, ya que es el clan materno el depositario de la herencia y la comunicación, de modo que el padre, no sólo no cuenta psicológicamente (pues no se admite su real efectividad generadora o específicamente procreadora), sino tampoco socialmente y económicamente (en el sentido de que trabaja para su oikos matriarcal, o sea, para su madre-hermana, a quien va a parar su herencia). La permisividad sexual es amplia, tanto que los jóvenes tienen una casa de solteros, llamada Bukumatula en la cual pueden pasar la noche cambiando de pareja cuando desean. Desconocen la violación.

Richard Thurnwald estudió a comienzos del siglo XX a los banaros, en Nueva Guinea. Su estructura es patrilineal. Entre ellos, es misión del suegro iniciar a su futura nuera en la vida sexual, pero suele pedir a un amigo de la familia que haga esto por él. Este amigo conduce a la muchacha a la casa de los espíritus y efectúa el coito varias veces. A la novia le está prohibido hacerlo hasta que la muchacha ha tenido al primer hijo (Thurnwald, R., 1916). En cambio lo contrario no ocurre.

Trobiandños y banaros representan los dos supuestos diferentes entre la posibilidad de los mayores de acceder a la actividad sexual en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Pero existen muchos más ejemplos.

Firth, que estudió a los tikopia de las Islas Solomon de la Melanesia, afirma que:

Aparte de las relaciones sexuales ordinarias, hay otros métodos por los que se puede obtener satisfacción. Una mujer mayor, atraída por un joven, comprobará que nadie está observando, luego cubrirá al niño y a ella misma con una manta e insertará el pene en sus órganos genitales. Ella se tumbará sobre la espalda, sosteniendo al niño por encima de ella y con su mano acariciará sus espaldas.

A veces una práctica frecuente de los chicos es subir un árbol y masturbarse, observando desde lo alto.

No hay formal segregación de los sexos en ningún período.

Las jóvenes inmaduras a veces tienen relaciones sexuales con hombres

mayores (Firth, R., 1936).

Las mujeres mayores inician sexualmente a los niños entre los indios kubo del Amazonas y entre los habitantes de las islas Palau de la Micronesia. Entre los Big Nambas (Malekula) de Vanuatu de la Melanesia, los muchachos de unos 10 años más o menos se envían a vivir durante algunos años con sus abuelos paternos. Se producen entonces relaciones homosexuales con el abuelo que durarán hasta que el muchacho sea mayor para casarse y se le entregue un cinturón de corteza para vestirse. La abuela tiene una relación parecida con el nieto, le educa sexualmente y es mensajera de sus intrigas amorosas y ocasionalmente duerme con él hasta que encuentra a una compañera más joven.

También en la Melanesia en Mota (Islas Bank) las mujeres experimentadas inician sexualmente a los solteros. Entre los Lau de las islas Fiji una chica pasa a la madurez femenina después de cuatro días de cohabitación ritual con hombres mayores instructores. Y en la isla de Rotuma con el tatuaje los niños de 13 años se convierten en hombres, y luego son aleccionados por mujeres mayores en relaciones sexuales.

Mangaia es una pequeña isla situada en el archipiélago Cook de la Polinesia. Los niños que experimentan el coito antes de la circuncisión deben contentarse con la sabiduría de las mujeres mayores, y de las viudas de la aldea, en lugar de hacerlo con niñas jóvenes, para lo que han de esperar hasta los 13 o 14 años, después de la circuncisión. El responsable de la circuncisión les proporciona instrucción sexual, para la cual tienen a su disposición mujeres. La información no sólo incluye información detallada relativa a las técnicas del coito, sino que también incluye la manera de encontrar una buena chica y técnicas como el cunnilingus, o el orgasmo simultáneo.

Las niñas también son instruidas por mujeres mayores. Antiguamente estas lecciones se impartían en las playas, cerca del mar. El 69 forma parte del programa habitual de aprendizaje sexual de los jóvenes. Suele ser frecuente la estimulación del pene entre los pechos o con la axila de la mujer, y se practican toda variedad de posturas.

La isla Ra'ivavae (Isla de la Pasión), ubicada a unos 700 km al sureste de Tahití, tiene sólo 18 kilómetros cuadrados, está rodeada de arrecifes de coral y tiene una extensa laguna interna. Allí, los niños conocen la existencia del orgasmo y comprenden que ambos, hombres y mujeres, pueden tenerlo. El clítoris tiene una gran importancia en la cultura Ra'ivavae. Ambos sexos saben desde la infancia que el clítoris, tira, es la sede del placer en las mujeres, como lo es el pene, ura, para los hombres. Las madres masajean, moldean y estimulan el clítoris de las niñas. La longitud del órgano es medido periódicamente, posiblemente por la creencia de que las relaciones sexuales satisfactorias

aumentan la fertilidad de la tierra. La medida es importante para contraer matrimonio. Los niños pueden observar todos los acontecimientos vitales, incluido el coito y son instruidos por mujeres mayores en las relaciones sexuales.

En la isla de Pohnpei de la Micronesia estuve haciendo un estudio de campo en 1991 y supe que las relaciones sexuales comenzaban muy temprano, que los niños eran instruidos en ellas desde los 4 o 5 años. Las niñas son instruidas por hombres mayores y los niños por mujeres mayores.

En el extremo opuesto están los indios crow de las praderas americanas. Las abuelas crow estaban muy interesadas en la virtud de sus nietas, y les daban instrucciones para que se pusieran una especie de cinturón de castidad. En caso de adulterio, el marido agraviado tenía derecho a destruir o apropiarse de los bienes del ofensor masculino, y podía castigar a su esposa dándole una paliza, asestándole cuchilladas en la cara, e incluso permitiendo a otros hombres de su clan que la violaran. Los crow creían que la abstinencia sexual les confería poderes sobrenaturales.

En cambio, también en Norteamérica, en unas montañas escarpadísimas e inaccesibles viven los hopis, entre los cuales las diferencias de edad no son impedimento para las relaciones sexuales. Aplican nombres sexuales a algunos lugares como, por ejemplo, "Arroyo del Clítoris". Hacen uso de muchos simulacros de actos sexuales en sus rituales. Por ejemplo, en el templo de una divinidad femenina a la que llamaban Mujer de Sal, los hombres introducen su pene en una pequeña piedra negra cuya forma recuerda a la de una vagina. El acto debe repetirse cuatro veces, pues el cuatro es un número mágico. Las madres hopis tienen la costumbre de acariciar los genitales de los niños. Creen que algunas enfermedades se curan con reiteradas relaciones sexuales.

De los yaganes de la Tierra del Fuego dice Lucas E. Briges:

"...ella se había casado después con un joven de unos dieciocho años que estaba allí a su lado. Ella tenía más de cincuenta años. Esta diferencia de edad era corriente en los matrimonios yaganes; hasta que se aconsejaba, no solo para conveniencia de los hombres viejos, sino también para la de los maridos jóvenes, que disponían así de mujeres de gran experiencia que sabían atender a sus necesidades, aconsejarlos bien, manejar las canoas y ayudarles de muchos modos, en circunstancias en que las jovencitas hubieran fracasado" (Bridges, L., 1948).

Los adolescentes vivían con sus padres hasta contraer matrimonio. Hasta ese momento existía para hombres y mujeres libertad sexual y no se otorgaba valor a la

virginidad femenina, aunque después de casarse las mujeres debían fidelidad a sus maridos. Las personas de edad eran habitualmente tratadas con respeto. Los enfermos eran cuidados, pero si no ofrecían esperanzas de recuperación o si entraban en agonía se les daba muerte para evitarles sufrimientos.

En el desierto de Kalahari, en África, viven los bosquimanos. Son pacíficos y no tienen apenas restricciones sexuales. Practican la hospitalidad sexual. Las mujeres de más edad gozan de privilegios especiales y tienen una importante ascendencia sobre el resto del grupo. Algunas aldeas están regidas por un consejo de ancianas.

Vemos que los mayores no solamente no están marginados sexualmente en muchas culturas, sino que además cumplen un papel fundamental en la instrucción sexual de los más jóvenes. En términos generales, en la gran mayoría de las culturas, se les respeta y se les trata con deferencia. Y en muchas, a falta de testi monos escritos, la experiencia acumulada de los años da a los mayores un papel de autoridad. En estas sociedades los mayores presumen de su edad avanzada y ser llamado "abuelo" o "viejo" es una señal de respeto. El culto a la juventud de la sociedad occidental, y la obsesión compulsiva por aparentar ser siempre joven, resultan totalmente incomprensibles para estas sociedades. Entre algunas tribus surafricanas, los hombres que alcanzan la edad madura tienen derecho a usar una argolla de cera sobre su cabeza, como símbolo de su posición. Dicen los iroqueses que "es voluntad del Gran Espíritu que prestes reverencia a los viejos, incluso aunque sean tan indefensos como los niños pequeños".

Entre los aborígenes australianos se manifestaba un gran respeto por la edad, por los hombres de cabellos grises. Se les distinguía de los que eran muy caducos por tomar parte consciente y activa en las ocupaciones diarias. A éstos se les llama los "casi muertos". Es a los hombres de edad respetable a los que corresponde ejercer la autoridad en el seno de los grupos locales.

Cada grupo estaba representado por un líder que presidía de manera oficiosa sus asambleas, regulaba las querellas, solucionaba los problemas económicos, sociales y ceremoniales que interesaban al grupo, aunque los otros ancianos tenían el derecho de expresar también su opinión.

Entre los kachim, en Birmania, la autoridad secular radica en el jefe o duwa y los ancianos (salang). Los ancianos constituían un cuerpo judicial (salang hpawng o Consejo de salang). Salang es el título que reciben los dirigentes de los principales linajes que no son jefes. Myit su (sabio) es cualquier anciano o anciana cuya experiencia y conocimiento de las costumbres inspire respeto. Una disputa entre plebeyos debe ser arbitrada por los salang o cabezas de linaje, los ancianos. Una disputa entre los salang

debe ser arbitrada por otros salang de fuera de la comunidad. Cuando tiene que arreglarse una venganza de sangre, cada bando escoge un cuerpo de ancianos y Jefes para actuar como sus agentes de arbitraje.

Los hotentores nama o hamagua que habitan al sur del desierto del Kalahari, depositan su autoridad política en gran parte en manos de los hombres más viejos. El jefe de un clan puede hacer poco sin un consejo y el asentimiento del Consejo de ancianos.

"La injusticia no necesita educación. Se siente. Incluso el gato acorralado saltará" (anciana beduina).

"Despacio, despacio; ve despacio y lo lograrás" (anciano hawaiano).

"Otras personas pueden violar y dañar mi cuerpo. Sólo yo puedo dañar mi alma" (anciana india norteamericana).

"Los que construyen la casa son contruidos por ella" (anciano maorí).

"Cantaré hasta que estés a salvo" (anciana aborigen australiana).

"Dios se ocupa. No me importa quién es ese Dios" (anciana la la'paau).

Estas frases, citadas por Anne Wilson Schaef, en su libro *Culturas de Sabiduría*, son una muestra de esa experiencia tan valorada en sus culturas (Wilson, A., 1995). Se habla de lugares en el mundo donde las personas alcanzan edades extraordinarias. Sobre todo en tres: Abjasia, en el Cáucaso soviético, Vilcabamba, al sur del Ecuador y Hunzaland, en Pakistán. Bien, pues hay gerontólogos que ponen esto en cuarentena. Los registros escritos escasean en estas zonas del mundo, sobre todo en Abjasia y Hunzaland.

En estos pueblos es tal el respeto que se tiene a los ancianos, pues la posición social aumenta conforme se van cumpliendo años, que sufren la tentación de añadirse años.

Teniendo esto en cuenta, no obstante, se han descrito embarazos en mujeres abjasianas sexagenarias y padres centenarios. Se han encontrado espermatozoides en 48% de los hombres entre 80 y 90 años.

El tema central de las primeras aportaciones a la geroantropología sería, precisamente, el contraste entre el estatus prestigioso de los ancianos en sociedades primitivas frente a los "estatus carentes de roles" que reciben en la sociedad moderna.

Pero no es oro todo lo que reluce con respecto a los mayores, en estas sociedades

primitivas. Ciertamente es que en general son tratados con respeto mientras llevan a cabo algún tipo de actividad que se valora como necesaria, tanto en la subsistencia (cuidado de los niños, preparación de alimentos) como en el sistema simbólico (habilidades y saberes tradicionales, acumulados a lo largo de su experiencia), siendo su estatus privilegiado. No obstante, una vez que eso ya no es posible, los ancianos pueden ser eliminados. Los esquimales del noroeste de Canadá, hasta la década de 1920, en las temporadas más duras, cuando escaseaba la comida, los esquimales más viejos, que ya no podían seguir al grupo de cazadores, quedaban abandonados a la muerte, en ocasiones a petición propia, siguiendo una pauta social aceptada por todos.

Lo mismo pasaba con los yakuta del noreste de Siberia: cuando el autoritario padre perdía facultades, sus hijos se repartían sus pertenencias y lo abandonaban. Algo parecido se cuenta de los sirono de la selva de Bolivia con respecto a los ancianos sin medios de subsistencia.

Los fueguinos y ovas de Tierra de Fuego, cuando la abuela ya no servía para el trabajo, no vacilaban en sacrificarla y devorarla entre la familia porque no se podían permitir el lujo de desperdiciar aquel alimento en una tierra tan inhóspita.

Los indios guaimíes del Occidente de Panamá abandonan al anciano a petición suya muchas veces, en medio de un lugar apartado de la selva, con una calabaza llena de agua y plátanos. Entre los ainus de Japón, cuando los ancianos perdían sus capacidades, los hijos que habían sido dominados autoritariamente por ellos, adoptaban su rol, maltratándolos, hasta que los abandonaban a su suerte en las llamadas "montañas de la muerte". Entre los objiwas del norte de América, los hijos mataban a su padre anciano a golpe de tomahawk, mientras el anciano entonaba un canto fúnebre. En Liberia, los yakutas dejaban a sus viejos por los rincones hasta que morían de hambre o de frío.

Entre los bororos de Brasil, cuando el padre llega a una edad muy avanzada y siente que ya no puede ser útil al grupo, él mismo pide a su hijo mayor que acabe con su vida. Éste, obediente, dispone todo para la ceremonia. El viejo indio, totalmente desnudo, es untado con una resina pegajosa. Se le recubre todo el cuerpo con plumas de ave y es llevado en procesión a una cercana laguna donde se le introduce la cabeza dentro del agua hasta ahogarlo. Una vez muerto, se le deja dentro del agua hasta que sus partes blandas se maceran y descomponen bien, y entonces los familiares vuelven y limpian los huesos, después los pintan con el rojo urucú y los introducen en una vasija de barro cocido para enterrarlos. Unos meses después vuelven al lugar y los hallan limpios gracias a los numerosos insectos de la selva. Los guardan en una urna de barro cocido y los entierran como hacen los bororos celebrando con cantos y fiesta la ceremonia.

En general, entre los nómadas recolectores y cazadores, los ancianos gozan de prestigio, son respetados y se les cuida, siempre que las condiciones de vida lo permiten, en los campamentos temporales. Si las condiciones son pésimas, pueden ser abandonados.

Puede ser paradójico, pero las sociedades que confían profundamente en los ancianos, se sienten amenazadas por cualquier síntoma de debilidad, ya sea física o mental.

Por ejemplo, pocas sociedades han concedido a los ancianos tanto respeto y cariño como la sociedad samoana. Los samoanos tienen a la vejez en elevada consideración. Su sociedad se organiza según el sistema matai. Cada matai es el jefe de una amplia unidad familiar. En general, para este cargo se elige al más viejo. En cambio en Samoa se practicaba el ritual llamado "enterramiento en vida". El anciano que no había tenido el honor de morir en el mar o en algún combate, solicitaba su propio funeral. Era una fiesta en la que mataban muchos cerdos y en la que también participaba el anciano que iba a morir.

Los chukchos de Siberia celebraban una fiesta del anciano que había quedado incapacitado por la edad. En el momento culminante, mientras todos cantaban sus alabanzas, el hijo o el hermano menor del anciano se deslizaba a sus espaldas y lo estrangulaba con un hueso de pene de foca, que simbolizaba la fuerza y el vigor perdidos.

En los pueblos antiguos daban al mayor un papel preponderante en la vida pública, donde tenía trascendencia política, aun cuando en la vida privada delegaban en el hijo primogénito el poder patriarcal que había detentado. En este tiempo surgió el "Consejo de los sabios", en China; el Sanedrín entre los judíos; la Grousian o Consejo de Ancianos en Roma que era integrado por Arcontes, los senadores más ancianos. Dentro de la cultura egipcia, la palabra anciano significaba sabiduría. Los ancianos egipcios tenían una función destacada en la sociedad, y ejercían como consejeros.

La unión de la edad con la sabiduría está firmemente arraigada. Confucio decía: "A partir de los 70 años, ya podía seguir los dictados de mi corazón porque lo que yo deseaba ya no transgredía los límites de la justicia".

En definitiva, el concepto de vejez es relativo al tiempo, la época, el contexto, la cultura en la que uno vive y se desarrolla. Pero no solamente el concepto de vejez, sino la valoración social, y por supuesto la capacidad para expresar y vivir la sexualidad. Y también está claro que no en todas las sociedades la vejez es asimilada a enfermedad, a

incapacidad, a marginación o a inactividad social, política o intelectual. Desde un punto de vista antropológico, no se puede decir que haya un esquema evolucionista de las formas de concebir y de vivir la vejez.

Desde la irrelevancia social al máximo rango de jerarquía, desde la eliminación o la marginalidad, al cuidado más cariñoso, la vida cotidiana de los ancianos muestra altibajos y, como hemos visto, hasta prácticas contradictorias dentro de una misma tradición cultural.

1.2. Sexualidad madura en la sociedad occidental

Para comprender la evolución de la moral sexual occidental, y sus efectos sobre la sexualidad de los mayores, hemos de remontarnos a los orígenes del judaísmo. La influencia decisiva de esta moral fue posible al asumir el cristianismo parte de la moral judaica y extenderse posteriormente por todo el mundo occidental, pasando a ser la moral dominante.

1.2.1. Los orígenes de la moral sexual judaica

Esta moral estuvo claramente definida por un monoteísmo antropomórfico y andromórfico, con una visión antropocéntrica del mundo, una concepción machista del dimorfismo sexual y una sexualidad de orientación totalmente procreadora. Asegurar la descendencia es un aspecto determinante en la moral sexual judaica.

La institución del levirato muestra el aspecto dominante del afán de descendencia. El levirato era costumbre en otros pueblos vecinos de Israel (asirios, hititas y hurritas) y consistía en el deber que un hombre tenía de casarse con la viuda de un hermano o de un pariente próximo que no hubiera dejado descendencia. Se perpetuaba así la descendencia del difunto y se aseguraba la propiedad familiar. De modo que la familia bíblica es endogámica, patrilineal, patriarcal, ampliada y poligínica.

El onanismo se traduce a veces por masturbación, pero es el coito interrumpido lo que se corresponde más exactamente con este término. De todas formas, tanto masturbación como coito interrumpido son prácticas sexuales no procreadoras y, como hemos visto, Yahveh castigó a Onán por desperdiciar el semen tirándolo por la tierra, con lo cual a sus ojos ambos son punibles, pues tienen el mismo resultado.

Esta moral férreamente procreadora es debida a una necesidad fundamental de desarrollo demográfico, necesidad que fue una constante en el pueblo judío desde sus inicios como pastores nómadas que llegaron al país de Canaán donde se asentaron y

formaron una especie de liga sagrada, después de que un grupo de hombres sacados de Egipto y conducidos a través del desierto por Moisés, atravesaran el río Jordán. Así comenzó a fraguarse Israel como pueblo. Al salir de Egipto, sus características culturales diferenciadoras, y a la vez cohesionantes, no eran fuertes.

Urgía un código moral y legal que definiera el marco de sus relaciones sociales. Este código surge a partir del primer discurso en el Sinaí de Moisés al pueblo israelita, al otro lado del Jordán, después de haber tenido la revelación divina en el monte Horeb. Es claro que un pueblo que busca un lugar de asentamiento (la "tierra prometida"), para consolidar un territorio propio, necesitará posteriormente un rápido desarrollo demográfico para su desarrollo político y económico. Por eso en el código judío se explicitó una moral sexual fuertemente procreadora. La sexualidad no procreadora en este código es claramente limitada. Ya en el capítulo 18 del Levítico, que se refiere a la leyes sobre el matrimonio y la castidad, en el versículo 22, se dice: "No yacerás con varón como se yace con una mujer: es cosa execrable".

Y en el 23: "No tendrás comercio carnal con ninguna bestia, haciéndote impuro con ella; ni una mujer se allegará para ayuntarse con una bestia; es una infamia". En el capítulo 20 vuelve a insistirse sobre el tema en los versículos 15 y 16, y en el 18, donde dice: "El hombre que yaciere con mujer menstruante y descubriere la desnudez de ésta, ha puesto al desnudo la fuente (de su sangre), mientras que ella ha descubierto la fuente de su sangre; ambos serán extirpados de en medio de su pueblo" (Levítico 20, 18). Todas estas formas de relación sexual no son potencialmente procreadoras, y por tanto son condenadas igual que el derroche por tierra del semen, de Onán.

El asegurar la descendencia es un aspecto determinante del vínculo sexual israelita. El problema demográfico es crucial para el pueblo judío en el momento del asentamiento en la "tierra prometida", y después del exilio en Babilonia, que es realmente cuando se escriben los primeros relatos bíblicos. Su situación tras la vuelta del exilio era bastante crítica, debido a la escasez de ganado y de hombres. El crecimiento demográfico rápido de ambos es imprescindible de nuevo.

Las relaciones sexuales extramatrimoniales y prematrimoniales también son duramente castigadas. Esto lo podemos ver en el capítulo 22 del Deuteronomio, sobre todo en lo que se refiere a la mujer: "Pero si tal hecho fuera cierto, que no se halló doncellez en la muchacha, sacarán a la joven a la puerta de su casa paterna y los hombres de su ciudad la lapidarán con piedras hasta que muera" (Deuteronomio 22, 20-21).

Vemos pues que el comienzo de la cultura judaica, está marcada por una moral sexual

fuertemente procreadora, que luego las circunstancias sociopolíticas del pueblo judío fueron confirmando y cristalizando. Y también la matizaron, de forma que la poliginia inicial fue perdiendo vigor, hasta que en la época de Jesucristo la monogamia era casi la norma, aunque legalmente la poligamia no estuviera condenada.

1.2.2. La sexualidad madura en Grecia y Roma clásicas

Con una moral tan procreativista, la sexualidad de los mayores, que no es potencialmente procreadora, igual que ocurre con la homosexualidad, difícilmente puede ser aceptada. Por eso nuestra cultura no se ha caracterizado nunca por una visión positiva de la vejez.

Por ejemplo, en la Grecia clásica, de gran influencia también en la conformación de la cultura occidental, la vejez es maldita y está mal vista, y el repudio por el envejecimiento se manifiesta en el mito de Titono, que era un mortal, hijo de Laomedonte, rey de Troya, y hermano de Príamo. Como su hermano Ganimedes, era de una belleza deslumbrante y la diosa Eos, Aurora en la mitología latina, se enamoró de él. Esta misma le pidió a Zeus que le concediera la inmortalidad a su amado Titono, cosa que el padre de los dioses concedió. Pero a la diosa se le olvidó pedir también la juventud eterna, de modo que Titono fue haciéndose cada vez más viejo, encogido y arrugado, hasta que se convirtió en cigarra.

Desde entonces, cada vez que Eos se despierta por la mañana y llora, produciendo el rocío con sus lágrimas, Titono se alimenta de las mismas, según la creencia antigua, y cuando le preguntan qué desea, responde en latín: *Morfí, morí, morí...*, que significa estar muerto.

En cambio, existió durante un breve periodo de tiempo de la época griega, el Areópago (en griego antiguo *Apaaos náyos Areios pagos*) o "colina de Ares", que era un monte situado al oeste de la Acrópolis de Atenas, sede del Consejo que allí se reunía (inicio: 480 a.C.-fin 425 d.C.).

Comenzó con el gobernante Solón quien por ley otorgará poder al Acópago, a los gerentes hombres más viejos que más tarde con el advenimiento de la democracia perdían algo de su poder político y devinieron en geronsia, Consejo de Ancianos. En esta época se consideraron jueces perfectos, pues se ubican más allá de la pasión humana; legislaban; controlaban la religión, la moral y las costumbres; conformaban la oligarquía. La vejez fue considerada como honor y sabiduría.

Se observan dos posiciones en Grecia con respecto a la vejez, que son contradictorias y que se van a arrastrar a lo largo de la historia en la cultura occidental. Estas dos

posiciones están ilustradas en las consideraciones de dos filósofos griegos, Platón y Aristóteles. En el primero, aparece una consideración positiva que, sin llegar a ser un elogio, nos brinda una visión no apocalíptica de la vejez y el viejo. Hace una defensa incondicional del anciano y reclama para ellos poder social. Por el contrario, Aristóteles no oculta su crítica a la ancianidad que lo lleva a recusar la gerontocracia espartana. Este autor hace a la vejez responsable de cuantos males encaman en los humanos.

Estas dos posiciones del pensamiento griego se pueden ver reflejadas en las historias de las ciudades-estados, pues mientras en Esparta perdura el poder de la gerontocracia, alabada ésta por Platón, en Atenas la posición social de los ancianos será objeto de críticas y verán disminuido su poder.

¿Y la sexualidad?

La vida sexual de los mayores fue en la Grecia Antigua un tema recurrente en la literatura. El implacable satírico Aristófanes fue muy crítico con los viejos que pretendían perpetuar la actividad sexual. Un siglo después, Menandro ridiculizó el intento de ocultar el efecto de los años para seducir a mujeres jóvenes.

Juvenal también ridiculizó la vejez, calificándola de fea, desmemoriada, mutilada y ciega. Cicerón, en su famoso libro *De Senectute*, desanima a los mayores a insistir en la búsqueda de placeres eróticos, diciéndoles que era más agradable en la vejez la carencia de ellos que el disfrute de los mismos.

Los romanos depositaban el poder en el "Pater Familiae". Ellos llegaban a las altas magistraturas tan sólo a edades avanzadas. Pero, el páter familias viejo, era maltratado por sus allegados. En cambio Marco Tulio Cicerón escribió un tratado sobre la vejez, en el que Catón hace una auténtica apología de ésta. Para Séneca, la vejez es como un círculo que encierra otros círculos y cada uno de éstos corresponde a una edad. Hay un círculo que abraza a todos los demás y es el que corresponde a la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. La vejez estaría incluida dentro de la vida. Con el tiempo, la autoridad absoluta del páter familias tendió a debilitarse, y sus derechos, que teóricamente existían no eran aplicados ni se insistía en ellos.

1.2.3. La irrupción del cristianismo y la moral sexual

La doctrina cristiana asume en lo esencial la moral procreadora judaica, pero en una forma exclusivamente monogámica y con un carácter de indisolubilidad en el vínculo establecido. "Y acercándose unos fariseos le preguntaban para tentarlo si un esposo puede repudiar a su esposa. Él les respondió así: ¿Y qué os ordenó Moisés?".

Ellos dijeron: "Moisés concedió escribir un certificado de divorcio" Pero Jesús les dijo: "Os escribió esa norma por vuestra dureza de corazón. Pero desde el principio de la creación los hizo varón y hembra, por eso dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer y serán los dos de una carne.

De manera que ya no son dos, sino una carne. Así que lo que Dios unió no lo separe el hombre". Y de nuevo en la casa le preguntaban los discípulos sobre esto. Y les dice:

"El que repudie a su mujer y se case con otra comete adulterio contra su esposa. Y si ella después de repudiar a su esposo se casa con otro, comete adulterio" (Marcos, 10, 2-12).

"Todo el que repudie a su mujer y se case con otra comete adulterio; y el que se casa con una que ha sido repudiada por su marido comete adulterio". (Lucas, 16, 18).

Cuando el cristianismo se extendió por Occidente inundó con esta moral la vida de todos los pueblos occidentales. Esto se vio reforzado por varias circunstancias. Aborto y anticoncepción eran prácticas usuales en el Imperio Romano. El nacimiento de un romano no se limitaba a ser un hecho biológico. Este debía ser corroborado por el jefe de familia.

El padre podía aceptarlo o simplemente rechazarlo, ahogándolo o "exponiéndolo" ante la puerta de su domicilio o en algún basurero público. Estos niños no era frecuente que sobrevivieran. Como vemos, los vínculos genéticos no tenían mucha fuerza en Roma. De acuerdo con lo que hoy se sabe de demografía, la población de Imperio Romano tendría que haberse multiplicado mucho más.

Por el contrario los judíos, igual que los germanos y los egipcios, criaban a todos sus hijos. Y los griegos también practicaban la "exposición". Todas estas prácticas no estaban mal vistas, hasta la difusión de la nueva moral conocida como estoica. La ideología moral expuesta por los estoicos durante los primeros siglos de nuestra era, antes de la expansión del cristianismo, favoreció la procreación, la propagación de la especie, como fin y justificación del matrimonio, por oposición sin duda a la unión libre habitualmente practicada y que no siempre estaba claramente diferenciada del matrimonio.

Con la caída del Imperio Romano, Occidente entró en un largo periodo de oscuridad, que llegó hasta el siglo xiii. Se abandonó prácticamente la medicina científica, y se cuidó a los enfermos y a los mayores, desde la caridad, y desde el pensamiento que daba poca importancia a la vida terrenal, y ponía mucho énfasis en la vida eterna, floreciendo las

supersticiones y la magia. Se buscaba el elixir de la vida, y se creía poder retrasar la vejez con baños de sangre o con el contacto, con mujeres jóvenes.

En los primeros años del cristianismo existían los consejos de ancianos. Mientras el papa Gregorio Magno, en sus Diálogos, ensalzaba la vejez. Desde el Renacimiento y el humanismo, una cosa es el ideal y otra el trato real a la ancianidad.

Es muy diferente ser viejo rico y ser viejo pobre, en cualquier tiempo. Galeno de Pérgamo veía la vejez como un equilibrio entra salud y enfermedad, y en cambio Juan Crisóstomo y San Agustín, en sus escritos, fueron duros con la vejez. Maimónides advirtió del peligro de los abusos sexuales en edad avanzada.

Por otra parte hay también otro factor decisivo y reforzarte. Durante mucho tiempo, en la preponderancia política y económica de los pueblos occidentales, jugó un papel fundamental el desarrollo demográfico.

En el siglo xiii no hubo demasiadas carestías en Occidente y fueron muy pocas las epidemias. Hasta entonces la población europea había ido creciendo paulatinamente, de forma que en el año 1 d. C. aproximadamente eran unos 33,5 millones de habitantes, en el año 1000 eran unos 38,5 millones y en 1340 unos 73,5 millones, observándose un espectacular crecimiento demográfico entre los siglos xi y xiii. Mientras que durante el siglo iv la duración de la vida media del ser humano occidental era de 25 años, a comienzos del siglo xiv, la vida media era de 35 años.

En el siglo xiv las plagas y las guerras produjeron una gran fractura demográfica en la población europea. Murieron más los jóvenes, y sobre todo hombres. Sobrevino una carestía general en toda Europa, unida a varias epidemias de pestes desde 1348, de forma que en 1450 la población había disminuido a 51 millones de habitantes (Russell, J. C., 1980).

Lógicamente todos estos factores reforzaron las tendencias procreadoras. Además, desastres como los acaecidos en el siglo xiv, aunque de momento puedan producir un descalabro moral, acaban viéndose como un castigo divino. La imagen de un Dios de amor se transforma en la imagen de un Dios de justicia. Así, posturas morales ya establecidas se vieron extremadas por este motivo.

Ya la moral judaica había sido matizada por la doctrina de Jesucristo y luego influida por la moral de estoicos y neoplatónicos. Esta moral cristiana la vemos reflejada desde el comienzo en la respuesta de S.Pablo a las consultas de la Iglesia de Corinto:

Sobre lo que me escribisteis más le vale al hombre no tocar a una mujer, pero por el peligro de la impureza, que cada uno tenga su esposa y que cada una tenga su propio marido.

El marido cumpla el deber conyugal con la esposa y lo mismo también la esposa con el marido (Corintos 7, 1-3).

Pero a los no casados y a los viudos les digo: les vale más que sigan como yo, pero si no se pueden contener, que se casen, pues es mejor casarse que abrasarse. En cuanto a los casados les mando, no yo, sino el Señor, que la esposa no se separe del marido (y en el caso de que se separe, que siga sin casarse de nuevo o que se reconcilie con el marido), y que el marido no deje a su esposa (Corintos 7, 8-11).

En este párrafo de S.Pablo vemos cómo la sexualidad extraconyugal es condenada, y cómo ya hay una referencia al débito conyugal, que va a ser la razón procreadora de la moral cristiana, frente a la concupiscencia o sexualidad con fines no procreadores. La actitud del cristianismo se centró, por una parte, en una restricción total hacia todas las formas de expresión sexual que no sean ese débito conyugal y, por otra parte, en dos preocupaciones esenciales: la protección de la vida y el respeto a la naturaleza.

La primera le lleva a oponerse rotundamente al aborto y al infanticidio, y la segunda le conducirá más tarde a prohibir los medios anticonceptivos, que entiende como "no naturales". Así, los Concilios del siglo IV, primero el de Elvira en el año 305 (can. 63) y después el de Arlés en el año 314 (can. 21), castigan el aborto con la excomunión, cuando podemos suponer que aún era una práctica arraigada en las costumbres del mundo mediterráneo. El Concilio de Elvira fue precisamente famoso, porque se ocupó tanto de las cuestiones sexuales, que Laenchi ha titulado a su temática nuclear: "Poder y Sexualidad".

1.2.4. La evolución de la moral sexual a través de los acontecimientos de la cultura occidental

Más tarde, y a través de la Edad Media, se mantienen las condenas de los Padres de la Iglesia (San Agustín, Santo Tomás de Aquino, etc.) y de los diversos Concilios. La legislación civil de los visigodos, inspirada por los Concilios de Toledo, entre los años 654 y 681, castigaba el aborto con severas penas, que iban desde la ceguera hasta la muerte. De esta forma, durante catorce siglos, quedará abolida en Europa la restricción de los nacimientos dentro del matrimonio, siendo insignificantes las excepciones (Landry, A.,

1949).

Proliferan los matrimonios en los que las mujer es mucho más joven. Tanto Chaucer, en sus Cuentos de Canterbury, como Bocaccio en el Decamerón, ridiculizan a los maridos viejos y engañados. Y aún son más crueles con las mujeres mayores con vida sexual activa. En el Corvacho del Arcipreste de Talavera, Alfonso Martínez de Toledo llama "podridos de la carne" a los ancianos enamoradizos. Sin embargo, las páginas de La Celestina son más tole raptos y estimulantes para los viejos, con sus frases de doble intención. En la poesía satírica de Quevedo se repiten las más duras frases contra las mujeres ancianas enamoradas.

Ya en el siglo xvi, Fray Antonio de Guevara, obispo de Mondoñedo, en carta a un viejo comendador enamorado le dice: "a los viejos que se dicen morir de amores, como usted, les llamo resquebrajados, mal hadados y pobladores de sepulturas". A los viejos verdes, les aconsejaba abstinencia, rezos, sosiegos y reposo. Numerosos hechos permiten pensar que a partir de 1450 los asaltos de la peste fueron menos frecuentes y mortíferos que antes. Por otra parte, la coyuntura climática europea de finales del siglo XV y principios del XVI fue favorable.

Esto junto a que parece ser que la edad del primer matrimonio en las jóvenes, disminuyó frente a la que era normal en el siglo xiv, situándose alrededor de unos 20 años, produjo un incremento generalizado de la demografía en toda Europa, entre los años 1450 y 1580.

En las últimas décadas del siglo XVI vuelven de nuevo los descensos demográficos, por un recrudecimiento de la peste, junto a un enfriamiento del clima europeo, que provocó largos inviernos y veranos "podridos", lo cual hizo aparecer el hambre. Coronando el conjunto, las guerras aportaron la desolación y la muerte, culminando con la Guerra de los Treinta Años (1618-1648), ya en pleno siglo XVII. El desarrollo de la población europea se vino abajo por largo tiempo (Lebrun, F., 1980).

La indisolubilidad del matrimonio fue recordada con vigor en el Concilio de Trento, que se inició en 1545, aunque los textos sobre el matrimonio se aprobaron en 1563, en el canon 7 de la sesión XXIV. En "Las Instrucciones" de San Carlos Borromeo, arzobispo de Milán a los confesores de su villa y su diócesis, sus condenas se dirigen sobre todo al aborto, la bestialidad, la sodomía, la masturbación, el lesbianismo y las satisfacciones provocadas por la vista, el beso y el contacto corporal, que en realidad bloquean o distraen la procreación.

1.2.5. La represión sexual en nombre de la ciencia

En el siglo xviii, médicos prestigiosos como Sanctorius escribían que la actividad sexual en la vejez era una enfermedad contra natura y quienes se empeñaban en ella alcanzaban pronto la muerte.

En el siglo XIX, Kraft Ebbing, en su *Psychopathia Sexualis*, en el capítulo XIV sobre la gerontofilia, la describe de la siguiente manera: "(...) Hay sin ninguna duda casos donde existe un estado patológico. Cuando un hombre joven ha tenido siempre una inclinación sexual únicamente por mujeres viejas decrepitas, o bien una joven mujer por viejos decrepitos, llevaría ciertamente a suponer que habría algo de lo patológico...". La gerontofilia es incluida entre las perversiones sexuales. Ignatiusl Nascher, creador del vocablo geriatria, a principios del siglo xx señalaba en su obra, presentada en 1907, en la Academia de Ciencias de Nueva York, titulada *Geriatria*, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento, lo siguiente: "es curioso como en la antigüedad la gente quería que durara su sexualidad mientras que ahora solo quiere que dure su vida". Kauppinen (1991), realizó un estudio en 424 obras de arte occidental, en las que está representada la vejez, realizadas por 186 artistas, comprobó muchos estereotipos que proyectan una imagen negativa de la vejez.

En definitiva, la cultura occidental consolidó a través de su evolución un modelo sexual represivo, y muy especialmente con los mayores. La sexofobia cultural occidental implica a todas las personas, aunque los mayores han sido el objeto de una cruel marginación sexual.

Los médicos higienistas del siglo xix usaban los mismos argumentos represivos, carentes de toda base real, que algunos pueblos de Nueva Guinea. Pero los golpes que los adultos dan en el pene erecto de los niños kwoma son una pequeña broma comparados con las medidas que los médicos higienistas aconsejaban aplicar a los niños supuestamente masturbadores, previamente diagnosticados por una serie de síntomas y signos que ellos consideraban patognomónicos: desde la hidroterapia, las dietas, drogas, hasta las ataduras e incluso las intervenciones quirúrgicas (infibulaciones, cauterizaciones, denervación de órganos genitales, castraciones, etc.).

La alianza entre la burguesía capitalista, la Iglesia y la medicina higienista fue un cóctel perfecto para la conformación de un modelo cultural totalmente sexofóbico, que de alguna forma y con ciertas matizaciones y barnices, ha persistido hasta hoy. Pero hay que tener en cuenta que este modelo decimonónico, acusadamente sexofóbico, también es procreativista.

El médico holandés del siglo XVIII, Hermann Boerhaave (1668-1738), quien en sus *Institutiones Medicae* escribió que el gasto incauto de semen producía "lasitud, debilidad, debilitamiento del movimiento, convulsiones, devastamiento, sequedad, fiebre, dolor de las membranas cerebrales, oscurecimiento de los sentidos y sobre todo de los ojos, deterioro del acorde espinal, fatuidad y otros males similares".

Particularmente influyentes sobre los peligros de las actividades sexuales fueron las teorías de S.A.D. Tissot (1728-1787). El semen, explicó, era extremadamente importante para el bienestar del hombre. Como evidencia de esto, señaló que su apariencia coincidía con el crecimiento de la barba y la consistencia de los músculos, algo que no ocurrió si un hombre estaba castrado.

Debido a que el semen era tan importante para el desarrollo del hombre, le parecía obvio que cualquier pérdida excesiva debilitaría al hombre. Aunque agregó que alguna pérdida era necesaria para la reproducción, para completar el género humano, el peligro real era la relación sexual en exceso. Incluso más peligrosa era la pérdida de semen causada por el sexo no procreativo o a través de medios de práctica forzados que llamó onanismo. Enumeró varios peligros que podrían resultar de los desechos excesivos del semen, incluyendo oscuridad de las ideas y a veces incluso locura; deterioro de los poderes corporales, dando lugar a resfríos, fiebre y al consumo (tuberculosis); dolores fuertes de cabeza, dolores reumáticos y entumecimiento doloroso; granos en la cara, supurando ampollas en la nariz, mamas y muslos y comezón dolorosa; debilidad consiguiente del poder de la generación según se indica por la impotencia, eyaculación prematura, gonorrea, priapismo y tumores en las vejigas; y desorden de los intestinos, que da lugar al estreñimiento, hemorroides y otros.

Las ideas de Tissot, en una forma u otra, resultaron sumamente influyentes a través de gran parte del siglo XIX e incluso dentro del siglo XX. De hecho, en Estados Unidos, las ideas de Tissot fueron popularizadas por Benjamin Rush (1745-1813), probablemente el médico estadounidense más significativo a finales del siglo XVIII; es recordado hoy como un signatario de la Declaración de la Independencia. A menudo el ataque era conducido por médicos respetables y honrados. Abraham Jacobi (1830-1919), por ejemplo, el fundador de la Pediatría en Estados Unidos, culpó la parálisis y el reumatismo infantiles a las prácticas de la masturbación, que habrían debilitado la resistencia del cuerpo.

Y en cuanto a la edad, recomendaban que la relación entre una pareja casada, cesara cuando las mujeres entraran en la menopausia. Aquellos hombres y mujeres que continuaran en su actividad sexual, después de este tiempo, se encontrarían exhaustos y

propensos e enfermar. Por lo tanto, en las "vidas bien reglamentadas", las pasiones sexuales se convertían en menos y menos imperiosas, disminuyendo gradualmente hasta que - a una edad promedio de cuarenta y cinco años para la mujer y cincuenta y cinco para los hombres - estarían rara vez despiertas y raramente satisfechas.

Paradójicamente quien acuñó el término sexología, Elizabeth Osgood Goodrich Willard (1867), sostuvo que el orgasmo sexual era más debilitante para el organismo. Dijo que la humanidad debería detener la energía inútilmente gastada a través de los órganos sexuales para obtener salud y fuerza del cuerpo.

Tres hombres dominaron la sexología durante los primeros años del siglo xx: Magnus Hirschfeld (1868-1935), Havelock Ellis (1859-1939) y Sigmund Freud (1856-1939). Hirschfeld y Ellis podrían ser llamados los recolectores de datos empíricos, mientras que Freud era un fabricante del sistema quien, sobre la base de su sistema, desarrolló una nueva terapia para aquellos aquejados de problemas sexuales y otros. Aunque cada uno conocía el trabajo de los otros y tenía contacto con ellos, Freud cada vez más se distanció no sólo de Hirschfeld y Ellis, sino de otros investigadores sexuales para dedicar su energía al desarrollo de su propio modelo. Todos estos científicos del siglo XIX y primera mitad del siglo xx, centraron sus debates en la masturbación, la homosexualidad, las perversiones y la sexualidad infantil. Las grandes olvidadas fueron la sexualidad femenina, y sobre todo la sexualidad de los mayores.

1.2.6. El ninguneo de la sexualidad madura y el procreativismo

La no existencia oficial es posiblemente la peor de las marginaciones. Mucho más allá de las amenazas, las prohibiciones y las tabuizaciones. La sexualidad madura, no ha sido prácticamente tenida en cuenta, sino para enfatizar su ausencia o su difícil existencia. Por supuesto que el rigor de la moral sexual cristiana ha sido fluctuante a lo largo de todos estos siglos, dependiendo de múltiples circunstancias, y su incidencia en los pueblos occidentales también ha sido variable. En definitiva, nuestra cultura a través de su evolución ha mantenido una moral esencialmente sexofóbica y procreativista.

Cuando hablo aquí de procreativismo me refiero, no solamente al predominio del deber procreativo, frente a la sexualidad, sino también a la vivencia general de la fecundidad, como algo impuesto y dirigido por el sistema, tanto para aumentarla, como para disminuirla o controlarla, cuando convenga.

Es decir, la vivencia de la fecundidad es una vivencia creativa y libre, si no limitadora y limitarte, con una continua confusión con lo sexual. No en vano en todos los discursos

políticos y profesionales se habla de "salud sexual y reproductiva". Y esto no sólo confunde, sino que además lo reproductivo acaba fagocitando siempre a lo sexual, en las prioridades políticas y profesionales, unas veces por razones de urgencia sanitaria, social o política, y otras por miedos a enfrentar la sexualidad, sin enmascaramientos y sin la excusa de evitar embarazos no deseados o abortos.

El procreativismo limita la sexualidad del individuo civilizado, actuando también socialmente e individualmente. Socialmente, limitando el número de personas con acceso aceptado a la posibilidad de satisfacción de la sexualidad, a sólo aquellas que se encuentren en edades y condiciones personales potencialmente procreativas.

Quedan así fuera de concurso los niños y los ancianos. A los primeros "los protegen" suficientemente los códigos legales y morales. En los segundos la limitación forma parte de un rechazo general cultural por la vejez y todo lo que ella implica, como su proximidad con la muerte, otra de las dimensiones humanas últimamente más tabuizadas en nuestra cultura. En algunos aspectos, más que la sexualidad. Recordemos, a modo de ejemplo, el despreciativo y común apelativo de "viejo verde", para todo anciano que exteriorice o demuestre su sexualidad.

El procreativismo también actúa individualmente, limitando las formas de comunicación sexual a aquellas potencialmente procreativas. Estas formas se centran en el acto sexual por excelencia de nuestra cultura: el coito, que es el único que cumple este requisito.

Todas las demás formas, o son prohibidas, más o menos solapadamente, o son obviadas, o simplemente, si son aceptadas, se usan como formas accesorias. Los tipos de vínculos sexuales que no lleven implícita la posibilidad de procrear, como es el caso de los homosexuales masculinos y femeninos, son rechazados o marginados en nuestra sociedad. De esta forma el sistema social sigue controlando las fluctuaciones de la demografía. En definitiva, el procreativismo es un elemento, que cuando está presente en la moral sexual de una cultura, limita claramente la sexualidad de las personas mayores.

Pero además esta limitación está agravada por un modelo estético dominante, restrictivo con todas las persona, pero especialmente con los mayores. Quiero aclarar ante todo que al hablar de modelos estéticos no me refiero sólo a una estética física, sino también a una estética intelectual y social.

Estos modelos estéticos siempre han estado presentes y lo están prácticamente en todas las culturas. En la nuestra han ido sufriendo modificaciones, cada vez más rápidas, pero nunca han sido tan constrictivos, ni han significado tanto como en la actualidad.

Yo diría que cada vez es más difícil ser guapo. Sobran las arrugas, las canas, los "michelines", los pechos caídos, las calvicies, las caries, etc. Y faltan no sé cuántas cosas más. Mantenerse "bello" resulta un verdadero suplicio para los que no desisten ante tanta exigencia. Y el suplicio aumenta con la edad. Los cirujanos estéticos tienen mucho más éxito que los sexólogos, en una cultura en la que una estría en la piel es más preocupante que la insensibilidad de ésta.

Los modelos estéticos físicos son también un fuerte apoyo al procreativismo, ya que contribuyen a que el envejecimiento físico que acompaña a la desaparición de la capacidad fecundante sea rechazado y rechazable. Para la mujer, la estética física es mucho más estricta en general, pero en esta faceta lo es aún más. La estética masculina es mucho más permisiva con la edad. Las canas, por ejemplo, se consideran atractivas en el hombre. En la mujer, los tintes se encargan de hacerlas desaparecer enseguida. En el cine, y sobre todo en las series televisivas, los galanes pasan a veces de los 50 años. Sus compañeras son siempre más jóvenes y por supuesto, ninguna aparenta más de 40 años.

Aunque para explicar esto se puedan aducir razones de etiología machista, sin negarlas, pienso que el trasfondo es totalmente procreativista. La mujer menopáusica y postmenopáusica ya no puede procrear, y el hombre lo puede hacer virtualmente hasta edades muy avanzadas.

Los modelos estéticos en nuestra cultura engarzan perfectamente con el carácter marcadamente procreativista de ésta, reforzando el rechazo a las relaciones sexuales, con personas fuera de la edad procreativa. La modificación de este carácter procreativista con respecto al anterior a la aparición del neocapitalismo, es decir, el cambio de un procreativismo puro a un procreativismo matizado y controlado por la planificación familiar y la anticoncepción, tiene su expresión también en los modelos estéticos.

Del gusto por las redondeces y los cuerpos más bien rellenitos, se ha pasado a un culto a la delgadez. Es decir, la figura de la matrona fértil y prolífica ha dado paso a la mujer grácil, sin grasa y no tan prolífica. Esto tiene una correspondencia fisiológica. La capacidad fértil se ve mermada con el adelgazamiento, aunque en absoluto truncada, a no ser en casos extremos. Esta obsesión antigrasa está reforzada con razones higiénico-sanitarias.

Las situaciones que esta obsesión general pueden oscilar desde la tragicomedia hasta el drama. Dietas "salvajes", sesiones de gimnasia, intervenciones quirúrgicas, y otra serie de "inventos", son las interminables penitencias que deben sufrir los obesos, y los "obsesos" que padecen fobia y paranoia de obesidad.

No creo necesario seguir insistiendo en la crueldad de estos modelos estéticos físicos, que no solamente suponen una estética visual, sino que también afectan a todos los sentidos. La fealdad puede ser también "olorosa" (halitosis, malos olores corporales, etc.), "auditiva" (gangosos, tartamudos, etc.).

De lo que no cabe duda es de que estos modelos estéticos físicos constituyen un importante dique en la comunicación de los que más se alejen de ellos. Junto a la estética física, también hay una estética intelectual, que igualmente es cada vez más estricta, y que puede compensar o descompensar a las anteriores. Es decir, una persona que rezuma inteligencia puede compensar en cierta manera su fealdad física, y una persona que padezca algún tipo de oligofrenia (gilipollez, debilidad mental, imbecilidad o idiotez), verá gravemente disminuido su atractivo. Ser "guapo" física e intelectualmente a la vez podría ser el "no va más", pero no lo es todo.

Hay otra faceta que interviene fuertemente en los modelos estéticos: la posición social y económica. En nuestra cultura, como en otras, el individuo no es sólo lo que es, sino también lo que representa y lo que tiene. La "guapura" social es, en una cultura capitalista como la nuestra, un factor bastante determinante. Los modelos estéticos dominantes provocan numerosos impedimentos para la comunicación sexual.

Unos generados desde fuera, ajenos al propio individuo, que realmente es rechazado por alejarse de estos modelos. Otros están generados desde el interior del individuo y no son dependientes directamente de la realidad que le rodea, sino de la vivencia distorsionada y paranoide de esta realidad y de la propia imagen.

El miedo al rechazo hará sentir éste al individuo, incluso antes de que aparezca en realidad. Muchas veces el individuo se defiende rechazando anticipadamente a quien cree que no lo va a aceptar. La otra persona percibe esto como una faceta negativa, o simplemente sentirá una barrera a la comunicación. De esta forma el miedo al rechazo puede hacer rechazable a una persona que en principio no lo era. Esto pone en marcha un círculo vicioso que impide la comunicación, y del cual es difícil salir.

Por otro lado la vivencia de la propia imagen también se negativiza, a veces muy por encima de la realidad, de forma que se perciben defectos que pueden alejar del modelo estético, que realmente no son tales o están agigantados.

A todo esto contribuye la imposición cultural de un modelo estético físico, intelectual y social, difícilmente imitable, sobre todo a través de los medios de comunicación. Se ha dicho muchas veces que sobre gustos no hay nada escrito. No solamente hay mucho escrito, sino que todo está impregnado por la imposición cultural de los modelos

estéticos.

Pero este modelo estético, se enseña muy especialmente con la vejez, en una cultura que ensalza la juventud, como un valor añadido, frente a la vejez, identificada con la enfermedad y la discapacidad. Y esto también supone un hándicap importante, puesto que el modelo de relaciones sexuales occidental, es físicamente exigente.

1.3. El modelo occidental de relaciones sexuales y su influencia en la sexualidad de los mayores

Podríamos definir el modelo occidental de relaciones sexuales como un modelo reduccionista, genitalizado, falocrático, productivista y marginador (figura 1.2).



Figura 1.2. El modelo occidental de relaciones sexuales.

1.3.1. Un modelo genitalizado

Desde el comienzo de nuestra cultura, la moral procreativista, determinó una sexualidad claramente genitalizada, puesto que el coito es la única forma de relación sexual, potencialmente procreativa. Aunque Herbert Marcuse apuntó otro origen de la genitalización. No negaba la lógica biológica de la progresión de las organizaciones sexuales, pero veía esta progresión acentuada y pervertida por el sistema. Éste, según él, lleva a la desexualización casi total de las zonas erógenas no genitales del cuerpo en general, reforzando la genitalización de la sexualidad.

La energía libidinal se concentra de este modo en una parte del cuerpo: los genitales, dejando el resto libre para su uso como instrumento de trabajo. Esta desexualización del cuerpo trae como resultado la reducción radical del potencial de placer. Sea como sea, sexualidad y genitales están estrechamente relacionados en nuestra cultura. Y esto está presente en el imaginario social, en la semántica, en las actitudes y en los comportamientos. A veces esto está escondido detrás de sutilezas, como por ejemplo, la reiterada manía de denominar a la educación sexual educación afectivo-sexual. Esa trampa semántica, que intenta matizar y suavizar, esconde detrás una disección entre lo afectivo y lo sexual, bajando lo sexual por debajo de la cintura.

Esta genitalización de la sexualidad y las relaciones sexuales limita las capacidades sexuales de las personas y aún más, las capacidades sexuales de los mayores, por una mayor exigencia de respuesta fisiológica para llevarlas a cabo.

1.3.2. Un modelo falocrático y masculino

Este modelo falocrático, en el que las relaciones sexuales giran en torno a un pene erecto, ha sido una constante en la cultura occidental. En principio encarnado en una falocracia egocéntrica, en la que el varón mide su potencia en su capacidad eréctil, pero cuantificada en el número de eyaculaciones conseguido en un tiempo determinado.

Se produce el cambio de una falocracia egocéntrica a una falocracia responsable, en la que el varón se convierte en el verdadero conductor de una relación encaminada fundamentalmente a la consecución del orgasmo femenino, y en la que el coito sigue siendo la actividad nuclear. Durante esta relación, el hombre deberá mantener su erección el tiempo suficiente para que la mujer alcance su orgasmo, siendo este pene erecto la "varita mágica que ha de provocarlo", lo que da aún más protagonismo al pene, y ya deja de tener importancia el número de eyaculaciones, siendo el tiempo de mantenimiento de la erección la obsesión fundamental del varón, que ha asumido totalmente la famosa frase de Gregorio Marañón: "no hay mujer fría, sino hombre inexperto". Esta exigencia de una erección duradera y potente añade desventajas a los varones mayores. Y deja sin

armas a las mujeres mayores, ante posibles fracasos del principal "protagonista" de la escena sexual.

1.3.3. Un modelo procreativista y gimnástico

El esquema típico de actividad sexual se modifica con la "revolución sexual" de los sesenta, sin perder el carácter procreativista y adquiriendo un matiz fuertemente productivista. La producción de placer se convierte en una exigencia, siendo el orgasmo femenino la unidad básica para la medida y evaluación de la eficacia de la relación sexual y el varón es el responsable de esta producción.

Por tanto, el hombre ha de realizar verdaderos esfuerzos físicos y mentales para lograr no eyacular antes de tiempo, y la mujer a su vez tendrá también que realizar estos esfuerzos, para no demorar demasiado la llegada de la meta ansiada por ambos. A veces esto se agrava con la obsesión del orgasmo simultáneo, que algunos apasionados por lo "estereofónico" consideran su única meta.

Los consejos que algunos libros de técnicas sexuales (que proliferaron en pleno auge de la "revolución sexual") daban a los eyaculadores precoces, son dignos de archivo. Desde pensar en asuntos desagradables durante la relación, hasta contar ovejitas. Como puede suponerse, este tipo de esquema de actividad sexual convierte la relación en una verdadera tabla de gimnasia física y mental para ambos participantes.

El fracaso afectará y frustrará también a los dos, aunque el peso de la culpabilidad recaerá fundamentalmente sobre el varón, que culturalmente asume la conducción y la responsabilidad del encuentro.

La comunicación sexual está gravemente mermada en este modelo de relación productivista y gimnástico, con la monomanía del orgasmo como telón de fondo. Es imposible que un hombre que está concentrando todos sus esfuerzos físicos y mentales en retardar la eyaculación, o una mujer que está totalmente obsesionada en conseguir un orgasmo, puedan comunicar o percibir otras sensaciones.

Realmente hay que dudar que este tipo de relaciones con records que se deben superar y metas que se han de conseguir, y con suspensos, aprobados y notables, perjudican gravemente las capacidades sexuales de las personas mayores.

La consecuencia inmediata del esquema de sexualidad productivista son las disfunciones sexuales, que son el verdadero "coco" de los gimnastas sexuales. La disfunción eréctil y la eyaculación precoz en el hombre, y la anorgasmia en la mujer, son

las más temidas, y representan un gran filón para los terapeutas sexuales. Aparte de éstas hay otras muchas, y todas suman una patología variada y muchas veces artificiosa que trae de cabeza a medio mundo occidental, haciendo sufrir a muchas personas, y gran parte de las veces en un pudoroso silencio. Todo este montaje supone que el talante productivista en nuestra cultura ante una relación sexual produzca previamente algunas o bastantes dosis de ansiedad de rendimiento, y de miedo al fracaso, con lo que el acceso a la relación sexual está desde el comienzo problematizado.

Y estas exigencias de rendimiento sexual pueden significar dificultades añadidas para las personas mayores, que serían beneficiadas por un modelo más relajado y menos exigente.

1.3.4. Un modelo marginador y excluyente

Este modelo de relaciones sexuales, genitalizado, falocrático y productivista, excluyente por estas características, para muchos colectivos, entre los que se encuentran las personas mayores, se toma aún más excluyente con la disminución de la capacidad de seducción, provocado por el modelo estético dominante ya referido.

Para concluir, podría decirse que la sexualidad madura no es un valor en la sociedad occidental. Los mayores viven su sexualidad de forma marginal y rodeados de numerosos mitos erróneos: ser viejo es ser asexuado, los viejos no tienen deseos ni atractivos, es indecente y de mal gusto que los viejos tengan interés por la sexualidad (viejos verdes), los viejos no son sexualmente capaces.

2

Fisiología sexual en la madurez

La fisiología sexual de las personas mayores no difiere esencialmente del resto. En algunos casos hay un descenso en la intensidad de la respuesta fisiológica, pero los procesos de la respuesta sexual no cambian de naturaleza, con la llegada de los años. Por tanto para comprender la fisiología sexual de los mayores, hemos de estudiar la fisiología sexual en general.

2.1. Fisiología de la respuesta sexual

El estudio de la fisiología de la respuesta sexual es complicado y posiblemente pasará aún mucho tiempo hasta que tengamos total claridad sobre el tema. No obstante desde los primeros estudios formales, realizados por Masters y Johnson en los años sesenta, hasta hoy, han cambiado varias concepciones y presupuestos. Por ejemplo, uno de los principales retos en el conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual lo representa el fenómeno de la erección y su mecanismo fisiopatológico. En 1952 Conti propuso una teoría que ha sido aceptada hasta desde estudios en animales, cadáveres humanos y por observaciones clínicas de varones impotentes, parecen hoy superadas como después veremos. A pesar de estos avances, todavía en la actualidad persisten numerosas lagunas.

Los sistemas nerviosos autónomos, simpático y parasimpático, son normalmente antagonicos. En cambio, como después veremos, durante la respuesta sexual han de actuar en una íntima y frágil armonía. Esto es compatible con la fuerte relación existente entre agresión y sexualidad. La escala filogenética nos ofrece numerosísimos ejemplos de esta relación y no menos el estudio transcultural. Que el sexo y la agresión están íntimamente relacionados es fácilmente observable en la naturaleza.

El apareamiento de las mantis religiosas, de los mosquitos pimienta (*Johannseniella nitida*), y de algunas especies de arañas, durante el cual los machos pierden su vida "por amor", en las fauces de sus hembras. El breve e intenso apareamiento de los tigres, en el que los machos inmovilizan a las hembras con un mordisco en la nuca y luego han de retirarse rápidamente, peligrando sus vidas si no lo hacen. Las luchas espectaculares previas a la cópula entre el macho y la hembra del rinoceronte.

Los combates entre machos de muchas especies animales en la época de celo,

durante los cuales se pueden observar signos de excitación sexual, como es el caso de los ciervos, que mientras golpean sus cornamentas tienen claras erecciones, son todos ejemplos de la fuerte conexión existente entre sexo y agresividad.

En el ser humano hay signos de la existencia de restos filogenéticos de esta conexión. Las erecciones que se producen en individuos bruscamente descerebrados (ahorcamiento, anestesia profunda, etc.) nos recuerdan que también la interrupción de los circuitos inhibidores cortados en el macho de la mantis, cuando la hembra le arranca la cabeza, hace posible la eyaculación.

En cierta forma, hay un paralelismo fisiológico entre ambos hechos. Y no solamente en la fisiología sino también en ciertos comportamientos encontramos señales inequívocas de esta conexión. Sólo hemos de recordar la película japonesa *El imperio de los sentidos*.

Todos estos ejemplos son sólo una pequeña muestra de la fuerte relación que nuestra sexualidad tiene con nuestro pasado como seres humanos y como seres vivos. Teniendo esto presente nos será más fácil comprender ciertos entramados, a veces complicados, de nuestra fisiología y nuestro comportamiento sexual. Pero no hemos de olvidar que uno de los distintivos del ser humano frente a las demás especies animales es su capacidad comunicativa. Esto ha hecho que su sexualidad trascienda lo meramente procreativo, convirtiéndose en una dimensión fundamental para satisfacer su necesidad de comunicación, que se basa por un lado en una necesidad de autoafirmación en el otro y, por otro lado, en un anhelo de sincronía interaccional. Por eso la hembra humana no tiene un periodo de celo ostensible como ocurre con las hembras de los demás mamíferos.

2.1.1. La evolución de la respuesta sexual

La sexualidad humana no pudo verse limitada por la procreación y la respuesta sexual de la hembra humana se igualó a la del macho, pasando a ser su receptividad sexual prácticamente permanente y mucho más dependiente de estímulos neurológicos circunstanciales, que de los estímulos hormonales cíclicos y limitantes de las otras hembras (Lucas, M., 1991). De esta independencia dan hoy muestra los estudios que sobre la libido tiene la influencia de las variaciones cíclicas de progestágenos y estrógenos, tan importantes en la respuesta sexual de las demás hembras primates (Persky, H., 1977).

En cambio las hormonas masculinas o andrógenos, también producidas por la mujer

en la corteza suprarrenal y en los ovarios, parece que sí pueden influir en la génesis del deseo sexual en los dos sexos y para la adecuación de los receptores nerviosos genitales (corpúsculos de Krause-Finger), y de las estructuras neurológicas superiores y medulares. De esta forma podemos decir que a través de la evolución se ha establecido un importante paralelismo entre la hembra humana y el macho humano en lo que concierne a la fisiología de la respuesta sexual.

Este es un hecho importante que se ha de tener en cuenta en el estudio de esta fisiología, porque ese paralelismo estableció una igualdad, en la cual las hembras protohomínidas pasaron a tener una respuesta sexual de inducción fundamentalmente neurológica, y por tanto los estímulos sensoriales, las fantasías, recuerdos, etc., pasaron a ser predominantes frente a los hormonales, con lo que naturaleza del deseo cambió radicalmente, igualándose a la del macho.

Fue una importante "revolución sexual fisiológica e igualitaria". Esto determinó cambios importantes de la sexualidad humana, en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la naturaleza de la respuesta sexual.

2.1.2. El debate sobre la estructura de la respuesta sexual

El desarrollo de la respuesta sexual humana, desde su inicio hasta su finalización, con todo el correlato de fenómenos fisiológicos, ha sido objeto de diferentes puntos de vista. La primera descripción de la respuesta sexual fue elaborada por H.Ellis en 1906. Propuso la existencia de las fases de la tumescencia y la detumescencia, haciendo referencia la primera a la acumulación física de la energía sexual y la segunda a la liberación de la misma.

En 1927, Reich habla de otras dos fases: el control voluntario de la excitación y las contracciones involuntarias propias de la respuesta orgásmica. En 1953, Alfred Kinsey, describió una fase de excitación, otra de orgasmo y otras de postefectos.

En su obra Respuesta sexual humana, Masters y Johnson, en 1966, desarrollan el primer y más importante estudio científico sobre los fenómenos que se observan en el organismo humano, como respuesta al estímulo sexual, y en él, distinguen cuatro etapas sucesivas, tanto en la respuesta sexual masculina como femenina: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Desde entonces este esquema descriptivo ha sido plenamente aceptado e incorporado al vocabulario sexológico y también al esquema típico de actividad sexual culturalmente deseado. Serían como los cuatro movimientos de una sin fonía clásica. Y también desde

entonces cualquier fallo o sonido desafinado de uno o varios de estos movimientos se ha considerado como una disfunción.

Más tarde, en 1979, Kaplan añade la fase de deseo y omite la de meseta de los dos estudiosos anteriores. Scnarch, en 1991, indica que el deseo debe ser incluido en todo el proceso sexual y Carrobles y Sanz añaden ese mismo año una última fase, la de valoración de la respuesta sexual, que tiene que ver con la satisfacción o no de la experiencia sexual. Wipple y McGreer apuntaron en 1997 que la mujer puede experimentar excitación sexual, orgasmo y satisfacción sin deseo sexual y pueden experimentar deseo, excitación y satisfacción sin el orgasmo. Por último Basson en el año 2000 sugirió que existen dos modelos de respuesta sexual: uno tradicional lineal para los hombres y para las mujeres enamoradas o emparejadas desde hace poco tiempo, y otro para las mujeres que no lo están. En el segundo caso, el proceso sería circular y empezaría con intimidad, y seguiría con comunicación, estimulación, valoración interna de la excitación que la estimulación produce y toma de decisión para efectuar el acto sexual, que se regiría por las cuatro fases clásicas, la valoración de la experiencia sexual realizada y el añadido de nuevo de intimidad.

La realidad es que resulta imposible delimitar la frontera entre la fase de excitación y de meseta, porque los fenómenos fisiológicos que acaecen durante las dos fases son fundamentalmente de la misma naturaleza, variando sólo su intensidad, que suele ir "in crescendo". Y además cuando Kaplan habla de una fase de deseo, tropezamos con dos hechos que no permiten esta simplificación. El primero es que también resulta imposible diferenciar y delimitar los fenómenos fisiológicos que ocurren entre la fase de deseo y la de excitación. El segundo es que es errónea la simplificación del mismo concepto del deseo, que no podemos mirarlo como un simple fenómeno fisiológico, aunque tenga consecuencias de esa naturaleza. Quizás sea más plausible la idea de Scnarch. En realidad el deseo inunda todo el proceso de respuesta sexual.

En cuanto a la propuesta diferenciadora de Wipple y McGreer, de una respuesta sexual femenina mucho más flexible frente a una respuesta sexual masculina, mucho mas rígida e ineludiblemente ligada a una sucesión de fases, creo que se corresponde más una concepción demasiado mitificada de un sexualidad masculina, concebida necesariamente como genital y finalista, con la eyaculación como fase concluyente e irremediable.

Basson y su énfasis en incorporar a la respuesta sexual los elementos que se relacionan con la satisfacción sexual de la mujer: como la intimidad, la confianza, la comunicación, el afecto y la experiencia placentera de la caricia de carácter sensual, da por supuesto que esos elementos no están presentes en la satisfacción sexual del hombre.

La simplificación de la sexualidad masculina no deja de tener tintes ideológicos y culturales.

Los fenómenos fisiológicos que ocurren tanto en hombres como mujeres, durante la respuesta sexual, tienen en realidad más similitudes que diferencias, sobre todo en la respuesta sexual humana. Las diferencias vienen en realidad marcadas por influencias culturales, y por ideas preconcebidas sobre cuáles deben ser los roles masculino y femenino durante las relaciones sexuales.

Si lo que realmente queremos describir, como lo hicieron Masters y Johnson, el correlato de los fenómenos fisiológicos, que acaecen desde el comienzo, de lo que se ha dado en llamar respuesta sexual, hasta su finalización, la realidad es que Ellis lo hizo de la manera más sencilla, y posiblemente, ahora que conocemos mucho más sobre esos fenómenos, más cercana a la realidad.

Lo que el llamó tumescencia supone una serie de fenómenos neurológicos, vasculares, musculares y neuroquímicos que comienzan, y van "in crescendo", y que habiéndose resuelto o no en un orgasmo, luego desaparecen, en ese periodo, denominado por Ellis detumescencia. Si introducimos sensaciones y sentimientos en esta descripción, la complicación es enorme, y por tanto prácticamente indescriptible, como un hecho universal para todas las personas, incluso diferenciándolo entre hombre y mujeres, como hace Basson. Y esto se complica aun más cuando intentamos introducir el deseo en ese correlato, porque el deseo sexual humano es un entramado complejo de pulsiones y anhelos, determinado por la sorprendente evolución de la sexualidad humana, que resulta difícilmente simplificable. Desde luego el deseo está presente en la respuesta sexual, pero empapándola de principio a fin.

Y esta complejidad se extiende también a las diferentes circunstancias que rodean a las personas, y por supuesto también a las diferentes etapas evolutivas que atraviesan. Esto se traslada por tanto a la forma de desear de los mayores, con matices diferenciales del deseo sexual de las personas jóvenes.

Más adelante se tratará más profundamente el tema del deseo sexual. Pero para entendemos vamos a evitar el debate de las diferentes fases de la respuesta sexual, y nos centramos en algunos aspectos de esta respuesta sexual, que pueden ser útiles para comprenderla, y también comprender los diferentes fenómenos fisiológicos que la caracterizan, y que la convierten en una respuesta fisiológica, muy peculiar, y en ciertos aspectos sorprendente.

2.1.3. La puesta en marcha de la respuesta sexual

El periodo que Ellis llamó tumescencia, y que es el que marca realmente la respuesta sexual, comienza cuando se produce un estímulo o inducción sexual de cualquier tipo. Esta inducción puede ser psicógena, como resultado de la excitación de centros específicos corticales cerebrales, o reflexógena, como resultado de la estimulación exteroceptiva de los órganos genitales o interoceptiva procedente de impulsos viscerales orgánicos.

Tanto en el hombre como en la mujer (y esto, como ya hemos dicho, es exclusivo de la especie humana) tienen una puesta en marcha de la respuesta sexual, fundamentalmente de naturaleza neurológica, que puede caminar por dos vías:

1. Psicógena:

•Interna:

- Imaginaria y fantasmática: estas imágenes y fantasmas eróticos pueden aparecer espontáneamente o ser provocados voluntariamente.

•Externa:

- Táctil: estimulación directa de receptores sensoriales epidérmicos y mucosos (genitales y extragenitales). Las regiones de la piel más sensibles han sido llamadas zonas erógenas. El ser humano tiene una gran riqueza de receptores sensitivos en su piel y en sus mucosas. Esto unido a la pérdida de pelo corporal a través de la evolución, le confiere una gran sensibilidad táctil.

- Visual: percepción visual de objetos, colores, personas o situaciones sexualmente estimulantes. La visión binocular y tricromática, con capacidad para ver el relieve, y recibir tres colores básicos, va imponiéndose en la evolución humana al olfato, mucho más desarrollado en los demás mamíferos.

- Auditiva: percepción de sonidos (palabras, música, gemidos, tonos de voz, etc.), que sugieren estimulación sexual.

- Olfatoria: la influencia del olfato en el hombre no tiene la importancia que este sentido tiene en los animales, porque en los primates y mucho más en el ser humano, el bulbo olfativo ha ido perdiendo espacio en beneficio de un desarrollo acelerado del córtex cerebral. Recientemente se está especulando

acerca de la acción de las feromonas humanas. Por ejemplo, se ha observado una sincronización de los ciclos menstruales de mujeres que viven juntas, así como un acortamiento y regularización del ciclo menstrual femenino en presencia de hombres.

-Gustativa: muy ligada a la anterior.

2. Reflexógena:

•Exteroceptiva:

-Estimulación directa de los genitales.

-Estimulación indirecta: exposición al Sol.

•Interoceptiva:

-Fases REM del sueño.

Predominio vaginal.

Congestión perineal (fase premenstrual).

El estímulo sexual, sea de la naturaleza que sea, condiciona una descarga nerviosa al nivel de las regiones del cerebro implicadas en la puesta en marcha de la respuesta sexual, el septum del sistema límbico (Heath, R. G., 1972) y áreas preópticas y laterales del hipotálamo, que libera de los circuitos inhibidores a los dos centros medulares responsables de la intumescencia genital (figura 2.1).

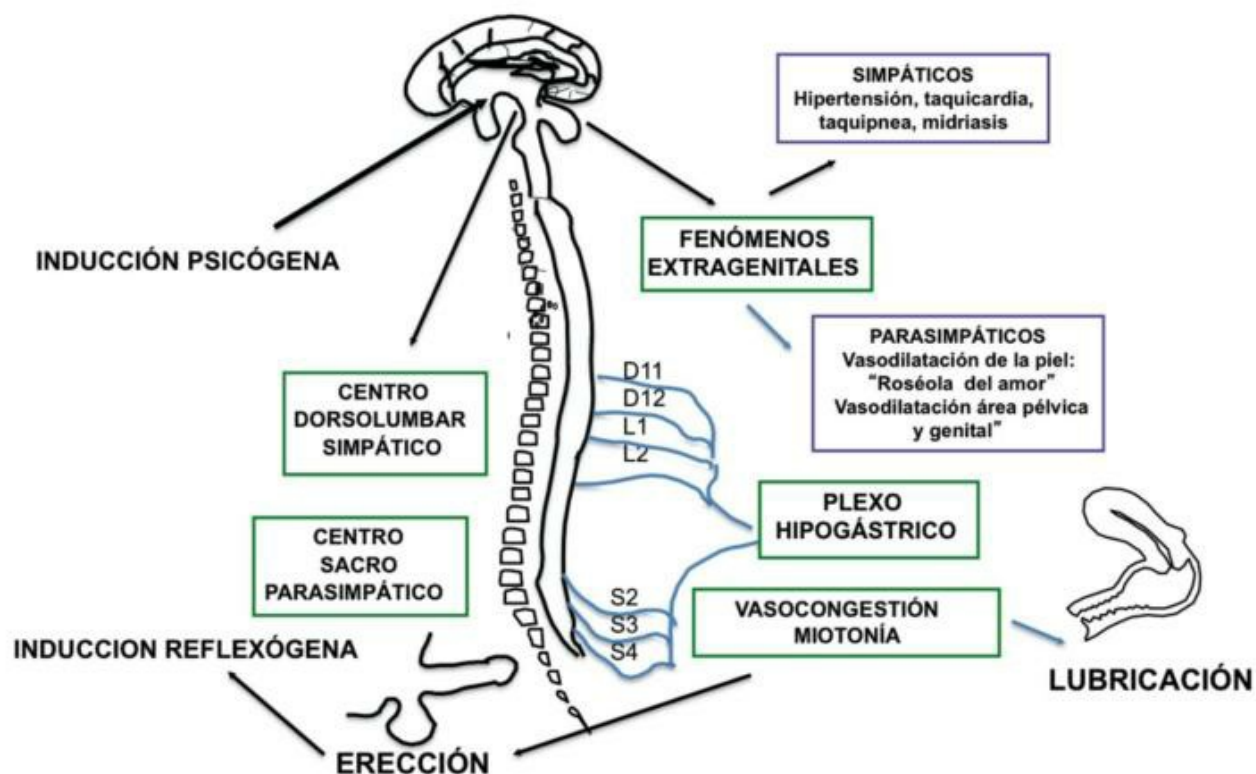


Figura 2.1. Fisiología de la respuesta sexual.

Estos dos centros medulares son:

- Uno superior dorsolumbar (D-11, D-12, L-1, L-2), que parece ser que interviene por medio de fibras simpáticas, cuando hay una estimulación psíquica. Los influjos corticales alcanzan a través de este centro los plexos hipogástricos, y posteriormente por los nervios cavernosos alcanzarán el tejido peneano.

Uno inferior sacro (S-2, S-3, S-4), que intervendría en respuesta a una estimulación directa de los genitales o a una estimulación interoceptiva procedente de impulsos viscerales orgánicos. La estimulación alcanza este centro por vía eferente del nervio pudendo interno, y a partir de la médula parten las órdenes hacia el pene y la vagina. Por vía aferente fibras parasimpáticas, que en su conjunto forman el nervio erector de Eckhard, llegan al plexo hipogástrico inferior donde se producen numerosas interconexiones con las fibras simpáticas que proceden del centro medular superior. De este plexo parten los nervios cavernosos y esponjosos que llegan al pene y los nervios autónomos que inervan la vagina.

Ambos estímulos, psicógenos y reflexógenos, evolucionan generalmente de manera

sinérgica para producir la intumescencia genital, aunque funcionalmente puedan ser independientes. Una vez que la intumescencia se ha conseguido por inducción cerebral, ésta se mantiene durante la relación sexual, por el contacto y el arco reflejo sacro. Las órdenes nerviosas determinan tanto en el hombre como en la mujer una vasodilatación que interesa al conjunto de los vasos del perineo y en especial de los tejidos eréctiles. Esta vasodilatación tiene como consecuencia principal:

-En el hombre: la erección del pene.

-En la mujer: la lubricación de la vagina.

Son los dos fenómenos genitales fundamentales del periodo de intumescencia y máximos indicadores del comienzo de ésta. Junto a ellos concurren otros que afectan a los mismos genitales y a todo el organismo.

2.1.4. La erección del pene

Alguien denominó al mecanismo de la erección del pene como un triunfo de la biomecánica, que no puede ser superado por ninguna ingeniería. Este complicado mecanismo ha de solventar todos los inconvenientes de una curiosa evolución que dotó al ser humano de un pene único en tamaño y naturaleza, dentro del mundo de los primates.

La mayor parte de los conocimientos sobre la fisiología de la erección se han obtenido durante los últimos treinta años. Hoy podemos considerar la erección como un proceso multifactorial que localmente puede ser comparado con un sistema hidráulico controlado electromecánicamente. La erección parece ser que obedece fundamentalmente a dos tipos de acciones: neurológico y vascular.

La naturaleza vascular de la erección fue demostrada hace más de 300 años por el anatomista y fisiólogo holandés Regnier de Graaf (1668). Mediante la inyección de contraste en las arterias del pene de un cadáver, demostró que el fundamento de la erección es la saturación de los cuerpos cavernosos, con sangre, y no con aire como suponía Galeno.

La acción vascular autónoma consiste sobre todo en un aumento de aporte sanguíneo por parte de las arterias helicinales a los cuerpos cavernosos. El mecanismo íntimo de este aumento de aporte sanguíneo es cada vez más conocido. Conti en 1952 propuso que en estado de flacidez la sangre es desviada de los cuerpos cavernosos por shunts arteriovenosos, directamente a los plexos venosos profundos de la pelvis.

La erección vendría determinada por la apertura de unos esfínteres musculosos (polsters), localizados en la arteriola aferente, que desvían el flujo sanguíneo hacia el tejido eréctil de los cuerpos cavernosos con el cierre simultáneo de los polsters localizados en la vena eferente y el cierre activo de los shunts arteriovenosos. Posteriormente varios investigadores, basándose en estudios anatomopatológicos, sugieren que estos pretendidos polsters pueden ser en realidad placas de ateroma. De todas formas parece fundamental el papel desempeñado por la acción de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos. De esta forma los músculos cavernosos y las arterias helicinas que se encuentran contraídas en estado de flacidez se relajan disminuyendo la resistencia periférica a la arteria pudenda interna y aumentando de 20 a 50 veces el flujo sanguíneo y produciéndose el llenado de los cuerpos cavernosos. Este llenado provoca a su vez una presión sobre la albugínea y ésta estrangula las venas emisarias dificultando el retorno venoso, mediante un mecanismo córporo-veno-oclusivo. En suma:

1. Dilatación activa arterial con relleno de los cuerpos cavernosos relajados.

2. Contracción activa venosa, con disminución del flujo venoso de salida.

3. Autocierre pasivo de las salidas venosas de los cuerpos cavernosos:

- por compresión de la fascia de Bukc.
- por estrangulamiento de las venas emisarias a cargo de las trabéculas fibrosas de la albugínea.

En la erección también hay un aumento de volumen del cuerpo esponjoso de la uretra y del glande, pero manteniéndose suave y flexible, con el fin de facilitar el paso de semen a través de la uretra, y también para proporcionarle al glande el papel de un amortiguador que haga posible una penetración vaginal menos traumática, y que proteja, por otro lado, los extremos rígidos y agudizados de ambos cuerpos cavernosos.

En la actualidad el aspecto más atrayente y de más controversia en relación con la fisiología de la erección es el de la regulación local de la erección y los neurotransmisores y sustancias vasoactivas que en ella intervienen y que actúan sobre el músculo liso cavernoso, el cual, como ya hemos visto, desempeña un papel fundamental en la flacidez y en la erección del pene.

Estudios actuales revelan una coordinada e intrincada interacción entre los mediadores de la relajación y los de la constricción de las arterias y arteriolas de los cuerpos cavernosos que están implicadas en el mecanismo de la erección. Estos

neurotransmisores podemos englobarlos fundamentalmente en cuatro grupos:

- Adrenérgico: influye en la contracción del músculo liso y trabecular provocando la flacidez.
- Colinérgico: actúa como modulador entre los demás grupos.
- No adrenérgico no colinérgico (NANC): principal agente relajador del músculo liso.

Endotelio: las endotelinas contraen el músculo liso.

El estudio de la regulación local de la erección ha tenido avances importantes en los últimos años, lo que está posibilitando la aparición de nuevos tratamientos como el sildenafil y similares.

2.1.5. La lubricación vaginal

El fenómeno paralelo a la erección del pene es en la mujer la lubricación vaginal. Por órdenes neurológicas similares a las del hombre, se produce una vasodilatación refleja con intenso aumento del flujo sanguíneo y con repleción vascular que afecta sobre todo al plexo venoso circunvaginal, que rodea al tercio inferior de la vagina. La última responsabilidad parece ser según las últimas investigaciones, de los neurotransmisores y mediadores vasculares que relajan el músculo liso arterial, como el CMPc, el NO, el péptido intestinal vasoactivo (VIP) etc., todo ello liderado por la acción de los estrógenos, que mantienen permeable la pared vaginal (Gorodeski, G. L, 2001).

Esto determina un fenómeno de trasudación de plasma en las paredes vaginales, como un proceso de diálisis de membrana, ya que se ha constatado que los niveles de potasio y urea en la lubricación vaginal son mayores que en el plasma. También se produce una intensificación de color de los labios menores. Enseguida aparecen gotas aisladas, distribuidas en forma irregular sobre los pliegues vaginales. A medida que el fenómeno aumenta, estas gotas forman una capa continua y brillante en el túnel vaginal, que lo lubrica.

Por otra parte la vagina que en su estado de reposo se halla colapsada, se expande y se ahueca, agrandándose. Se podría hablar de una erección interna, o más adecuadamente de invaginación, determinada por una combinación de fenómenos neuromusculares y de vasocongestión.

2.1.6. Fenómenos extragenitales de la respuesta sexual

Prácticamente todo el organismo participa en este periodo de intumescencia. Pero lo más destacable es que precisamente en los fenómenos extragenitales es donde mejor se constata la especial naturaleza de la fisiología de la respuesta sexual. La convivencia inestable de dos sistemas neurológicos antagónicos, el simpático y el parasimpático, se expresa en los fenómenos extragenitales, de forma clara y ostensible.

Por un lado, hay fenómenos de naturaleza claramente parasimpática, como la vasocongestión de todo el área pélvica, que es una parte más de la oleada parasimpática que produce una vasodilatación general, que se manifiesta sobre todo al nivel de la piel, con un enrojecimiento generalizado en forma de rash macopapular, que comienza en epigastrio y se extiende luego, constituyendo la llamada "roseola del amor", como la denominaron Masters y Johnson.

Por otro lado, se producen modificaciones cardiorrespiratorias que van incrementándose a medida que avanza la respuesta sexual. Estas modificaciones son:

- Taquicardia: con aumento de la frecuencia y amplitud del latido cardiaco.
- Aumento de la presión arterial, sobre todo de la sistólica.
- Taquipnea: con aumento de la frecuencia y amplitud de los movimiento respiratorios.

Y todas estas modificaciones son claramente de naturaleza simpática, junto a la midriasis y a la inhibición del peristaltismo intestinal. El equilibrio entre los dos sistemas parece que lo establece el hipotálamo. La rotura de este equilibrio neurovegetativo hacia uno u otro lado determina la detención de la reacción sexual.

2.1.7. Fisiología del orgasmo

El final de respuesta sexual puede resolverse con el orgasmo. Podemos decir que el orgasmo es un fenómeno psicofisiológico, en el que están involucrados el cuerpo y la mente, y que resulta casi tan misterioso para los científicos como para cualquier persona. A nivel genital y desde el punto de vista fisiológico el orgasmo sería preferible llamarlo circuito orgásmico, porque es fundamentalmente un reflejo, aunque mucho más complejo que otros. Por ejemplo, entre el reflejo orgásmico y otro más simple como el reflejo rotuliano hay algunas diferencias:

- El reflejo orgásmico tiene dos fases y el rotuliano una.

-Para poner en marcha el reflejo rotuliano sólo se necesita una estimulación y para alcanzar el orgasmo hay que seguir alimentando el estímulo de forma similar a ir llenando un depósito hasta que sobrepasa su capacidad y se derrama el contenido.

Como todo reflejo, el reflejo orgásmico posee:

a) Zonas sensibles reflexógenas.

b) Vías centrípetas.

c) Centros efectores.

d) Vías centrífugas.

e) Respuesta motora.

A) Zonas sensibles reflexógenas

Se puede hablar de un circuito orgásmico con numerosas vías y centros nerviosos (figura 2.2). Para comprender la complejidad de este circuito hemos de recordar que el sistema nervioso es esencialmente jerárquico. Visto desde un plano evolutivo, el sistema nervioso fabrica centros de integración superiores que dominan a los antiguos.

Parece ser que el núcleo del sustrato receptor lo constituyen los corpúsculos de Krause-Finger, situados en el glándulo del pene y del clítoris. Por supuesto, sobre él influyen otras zonas genitales y paragenitales que podríamos llamar secundarias, porque por sí mismas no pueden desencadenar el circuito orgásmico, ya que no tienen poder acumulativo. Pero sí contribuyen poderosamente no sólo a la acumulación nerviosa del sustrato receptor, sino a situarlo en estado de receptividad óptima.

El sustrato receptor va "cargándose" durante todo el periodo de intumescencia, hasta llegar el momento del desencadenamiento orgásmico, en el que se produce una descarga brusca, la cual pone en marcha el mecanismo de todo el circuito. Ya sabemos las características funcionales químicas y eléctricas de este sustrato receptor.

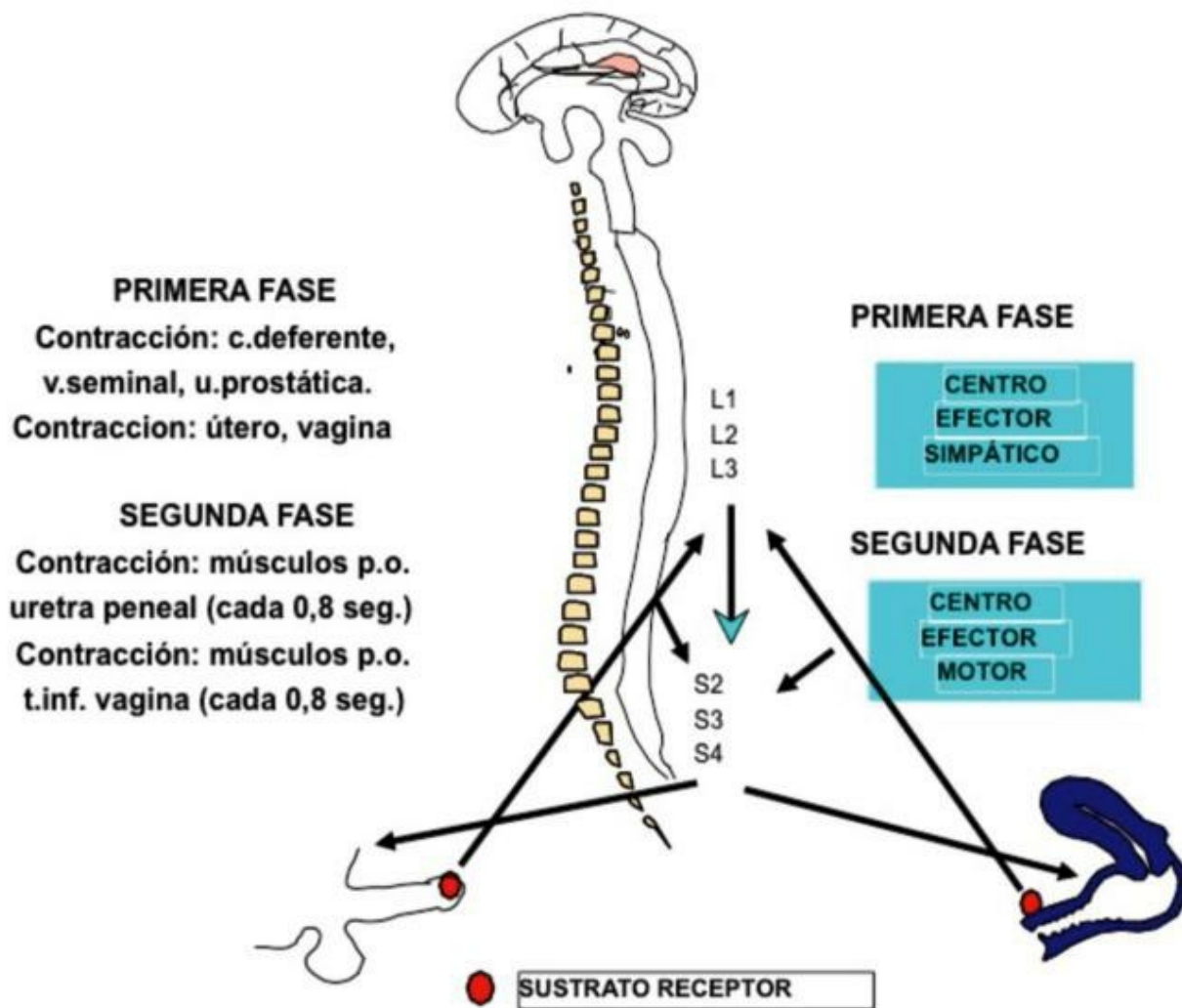


Figura 2.2. Fisiología de la respuesta orgásmica genital.

B) Vías centrípetas

La descarga del sustrato receptor es recogida por el nervio dorsal del pene o del clítoris. Este nervio se reúne con el nervio pudendo interno que pasa por la fosa isquiorectal llega a la pelvis y termina en el plexo pudendo, que pasa a la médula por la cuarta raíz sacra y por anastomosis de ésta con la segunda y tercera ramas sacras.

Desde ahí estas vías se dirigen hacia dos cumbres:

- Los centros electores del orgasmo.
- Los centros superiores: tálamo, limbo y corteza.

C) Centros efectores

Como vimos, el reflejo orgásmico tiene una respuesta bifásica. Son dos por tanto los centros efectores del orgasmo:

- Centro de la primera fase: situado en la médula sacra, en los mielómeros L1, L2 y L3.
- Centro de la segunda fase: situado en la médula lumbar, en los mielómeros S2, S3 y S4.

D) Vías centrífugas

Están constituidas por las ramas nerviosas que salen de los centros efectores:

- Las ramas que se originan en los mielómeros L1, L2 y L3 son de naturaleza simpática y se dirigen hacia los genitales externos:
 - En el hombre: canal deferente, vesículas seminales, próstata, uretra prostática.
 - En la mujer: útero, tercio superior de la vagina.
- Las ramas que originan en los mielómeros S2, S3 y S4, de naturaleza motora llegan también hasta los genitales externos:
 - En el hombre: uretra peneana, músculos del periné.
 - En la mujer: dos tercios inferiores de la vagina, músculos del periné.

E) Respuesta motora

La respuesta motora del circuito orgásmico consta de dos fases claramente diferenciadas, hasta el punto que puede darse la una sin la otra (p. ej., eyaculación sin orgasmo).

- Primera fase. Está determinada, como hemos visto, por el primer centro efector del circuito orgásmico (L1, L2, L3). Las ramas simpáticas que salen de él producen:
 - En el hombre: la contracción del canal deferente, vesículas seminales, próstata y uretra prostática. Esto facilita la progresión del esperma y por eso se le ha llamado fase de emisión espermática.
 - En la mujer: la contracción del útero y tercio superior de la vagina.

- Segunda fase. Está determinada por el segundo centro efector del circuito orgásmico (S2, S3, S4). Las ramas que de él salen producen:

-En el hombre: la contracción rítmica a intervalos de 0,8 segundos, de los músculos del periné y bulbo cavernoso. Se produce la expulsión del semen en oleadas (fase de expulsión).

En la mujer: la contracción rítmica, a intervalos de 0,8 segundos, de los músculos del periné y del tercio inferior de la vagina.

Con el final de esta segunda fase se completa el circuito orgásmico el cual podríamos resumir así:

- a)Disparador: el sistema nervioso simpático pasa a dominar la situación.
- b)Descarga: los corpúsculos de Krause-Finger se descargan bruscamente y se inicia el circuito.
- c)Transmisión: las vías centrípetas conducen la descarga hasta los centros efectores.
- d)Respuesta: los centros efectores dan órdenes motoras en dos fases produciendo la descarga motora final.

Durante el circuito orgásmico se produce un acentuamiento general de todos los fenómenos extragenitales que vimos se producían en la intumescencia:

- Un mayor enrojecimiento de la piel, según Masters y Johnson, paralelo a la intensidad de la experiencia orgásmica. Esto es más patente en la mujer que en el hombre.
- La contracción tónica muscular pasa a ser clónica, con contracciones involuntarias y espasmo de grupos musculares.
- La taquipnea se acentúa pudiendo llegar el ritmo respiratorio a 40 por minuto.
- La presión sanguínea se eleva: la sistólica entre 30-80 mm, la diastólica entre 20-40 mm de Hg.
- La taquicardia aumenta llegando en algunos casos hasta los 180 latidos/min.
- El EEG muestra una respuesta de alto voltaje y baja amplitud en el hemisferio no

dominante (el izquierdo para los zurdos y el derecho para los diestros).

2.1.8. Concepto de orgasmo

Cuanto más intentan profundizar los investigadores de la sexualidad, cuanto más intentan definirlo con ordenadores registros y monitores, más parecen fracasar en contestar la pregunta básica: ¿qué es realmente un orgasmo? Lo que hasta ahora hemos visto es simplemente lo que a un nivel fisiológico se ha podido constatar que ocurre durante el periodo en que aparece la sensación orgásmica. Lo que realmente no se puede medir ni valorar objetivamente es esa sensación.

Durante el orgasmo se presentan en ambos sexos contracciones musculares y un sentimiento de placer, focalizado en la región genital, que se esparce por todo el cuerpo, pero después de varios años de estudiar e investigar, la conclusión inexorable es que la "esencia" del orgasmo no reside en los genitales y que es difícil sostener que un orgasmo es igual a contracciones de los músculos del periné. Cuando los encuestadores e investigadores estadísticos dan cifras sobre la capacidad orgásmica de una determinada población hemos de preguntarnos cómo dilucidan la veracidad de las respuestas, si la pregunta se hace sobre algo que ni siquiera los científicos han logrado definir y concretar.

En un capítulo del libro de Leiblum S.R. y Pervin L. A., *Principies and Practice of Sex Therapy*, escrito por Bernie Apfelbaum, se presenta un nuevo modelo de eyaculación retardada. El modelo de Apfelbaum, en resumen, es que el problema de los eyaculadores retardados no es que retengan mucho, como la mayoría ha pensado, sino que no están estimulados. Estos hombres parecen tener la capacidad para una respuesta de erección automática. Son capaces de tener erecciones, incluso sintiendo poca o ninguna estimulación sexual. Apfelbaum los llama "caballos de trabajo del sexo". Estos son hombres que con frecuencia mantenían erecciones durante una hora o más, llevando a su pareja a múltiples orgasmos.

Vemos pues que la respuesta genital no es siempre un termómetro fiel para medir el grado de estimulación sexual, ni tampoco los fenómenos de respuesta sexual estudiados tienen por qué ir paralelos en intensidad al grado de placer sentido. Por tanto las sensaciones subjetivas, como no son medibles, no pueden ser argumentadas para diferenciar la capacidad orgásmica masculina y femenina. Cuando hablamos de orgasmo, ¿de qué hablamos realmente? ¿Hablamos de todos los fenómenos fisiológicos previamente descritos? ¿Hablamos de la descarga de la tensión sexual? ¿O hablamos de algo que nos "transporta", nos "transfigura", nos une al cosmos, o nos lleva a cualquier otra "historia alucinante"? Quizás no sea posible ponerse de acuerdo y llegar a un

consenso para definir al orgasmo, pero ya es interesante saber que no sabemos.

2.1.9. Las diferencias entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer

Hemos visto hasta ahora las grandes similitudes de la respuesta sexual masculina y femenina, siendo las únicas diferencias las determinadas por la distinta diferenciación sexual de unas estructuras que tienen un mismo origen embriológico. Incluso la principal diferencia que habría entre el orgasmo masculino y femenino, la eyaculación, hoy se pone en entredicho. No es que se ponga la eyaculación en entredicho, claro está, sino que parece ser que existe algo parecido a una eyaculación femenina.

Se ha encontrado en algunas mujeres después del orgasmo un líquido bioquímicamente parecido al semen, con gran contenido de fosfatasa ácida que el semen tiene en abundancia, aportada por la secreción prostática (Addiego, F., 1981). Este líquido está producido por las glándulas uretrales y periuretrales, que representan lo que se ha llamado la "próstata femenina" (figura 2.3).

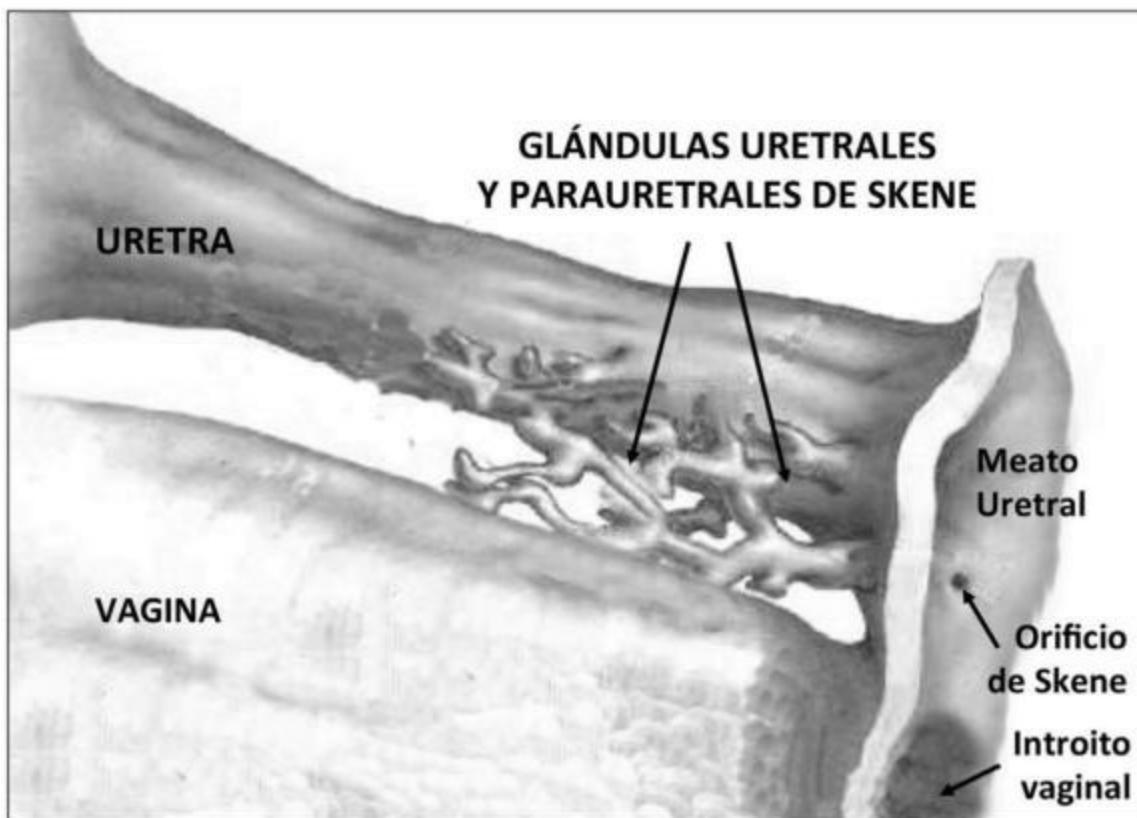


Figura 2.3. Glándulas de Skene.

Están dispuestas en filas alineadas longitudinalmente y se abren en el canal uretral en

una serie de tres a diez orificios por cada fila. Algunas glándulas ocupan la región del vestíbulo y se abren alrededor del meato uretral, por los conductos de Skene, siendo éstas las que constituyen las glándulas periuretrales. Histológicamente recuerdan los acinis prostáticos. Esta próstata femenina fue descrita por Regnier De Graaf en 1672, el cual afirmaba que la función de esta próstata era la de generar un líquido pituitoso que hace a las mujeres más libidinosas, y que esta secreción en la mujer produce tanto placer como en el hombre.

En 1944 Ernst Gráfenberg y Robert L. Dickinson describieron una zona de sensación erógena localizada en la superficie suburetral de la pared anterior de la vagina. Por último en 1982 A.K. Ladas, B. Whipple y J.D. Perry popularizaron el punto G o de Gráfenberg como una zona erótica, situada en la pared anterior de la vagina, que se corresponde con la localización de las glándulas uretrales y periuretrales de Skene, así como la existencia de una eyaculación femenina proveniente de estas glándulas en el momento del orgasmo. Los más recientes estudios de M. Zaviacic ahondan en el conocimiento de los aspectos histoquímicos y de la ultraestructura de estas glándulas y su secreción.

En últimos estudios parecen demostrar que la eyaculación femenina y fenómeno del squirting o chorro son dos fenómenos diferentes, aunque generalmente se han confundido. Los órganos y los mecanismos que los producen son claramente diferentes. La eyaculación femenina real es la liberación de un fluido de la próstata femenina o glándulas de Skene, mientras que el squirting es la expulsión de un líquido diluido de la vejiga urinaria.

El primero tiene las características de orina diluida.

El segundo, es bioquímicamente comparable a algunos componentes del espermatozoides masculino (antígeno prostático específico: $3,99 \pm 0.60 \times 10^3$ ng/ml) (Rubio-Casillas, A., 2011).

En cuanto a la diferencia de capacidad orgásmica entre el hombre y la mujer es algo muy difícil de constatar con fidelidad. Se habla de mujeres multiorgásmicas y también por otra parte de la mayor vulnerabilidad del orgasmo femenino frente al masculino. De lo que no cabe duda es de que todo receptor nervioso que ha sido sometido a una sobreexcitación (como ocurre con los corpúsculos de Krause-Finger) luego tiene un periodo refractario, durante el cual no puede volverse a excitar. ¿Cómo podríamos pues explicar lo de la mujer multiorgásmica?

-Podemos pensar en primer lugar que la descarga del sustrato receptor en estas mujeres no se hace de golpe, sino en pequeñas descargas. La intensidad

orgásmica de cada una de estas descargas comparada a si esta se hiciera de golpe es algo muy difícil de valorar.

- Podemos pensar también que el periodo refractario del sustrato receptor femenino es muy pequeño, o al menos menor que el masculino, por la especial disposición de los corpúsculos.
- Podemos por último intuir una menor dependencia femenina del sustrato receptor para el desencadenamiento del orgasmo (no hay una estrecha relación entre el orgasmo y la emisión y expulsión de esperma), y por lo tanto que la mujer tenga más facilidad para la consecución de orgasmos de origen central.

Pero todo esto no deja de ser una serie de conjeturas que intentamos construir para explicar las pequeñas diferencias entre las respuestas sexuales, masculina y femenina. Por otra parte también los varones pueden tener orgasmos múltiples, sobre todo los preadolescentes y algunos adultos jóvenes tienen orgasmos sin apenas periodo refractario (Duna, M. E., 1989).

Hay preadolescentes que pueden tener orgasmos sin eyaculación como ya lo constató Kinsey en su famoso informe (Kinsey, A. C., 1949). También encontramos individuos que tienen eyaculaciones sin placer, sobre todo bajo el efecto de simpaticomiméticos o en síndromes de abstinencia de heroínómanos o morfinómanos, o en ciertas paraplejías. En cambio en algunas paraplejías se dan orgasmos fantasmas sin erección ni eyaculación.

Los eyaculadores precoces no suelen tener orgasmos, porque realmente lo que hacen es intentar no excitarse para no eyacular, llegando a pensar a veces en situaciones ajenas e incluso desagradables, lo cual por otra parte les aumenta la ansiedad que ya tenían por el miedo a eyacular antes de tiempo. De esta forma lo que ocurre es que como no cargan el sustrato receptor, la descarga es mínima, acompañada de una eyaculación, generalmente en sábana, casi sin contracciones expulsivas.

Por otro lado, la ansiedad pone en marcha antes de tiempo el centro simpático de la primera fase (D11, L1, L2) del circuito orgásmico, produciéndose la emisión de semen, sin que la segunda fase motora, que es la que produce la sensación de placer, tenga efecto. Vemos pues que la eyaculación no tiene por qué estar identificada al orgasmo y no tiene que significar por tanto una causa de diferencia con el orgasmo femenino.

2.2. Cambios de la fisiología sexual con la edad en la mujer

Un error frecuentemente aceptado es la confusión entre envejecimiento y enfermedad.

Aunque el proceso de envejecimiento incluye la susceptibilidad a las enfermedades, los cambios producidos por el proceso de envejecimiento son universales, afectando a todos los individuos de todas las especies animales, mientras que las enfermedades sólo afectarán a un determinado grupo de estos individuos (Cruz, A. J., 1996).

Es importante remarcar que hay grandes diferencias individuales con respecto a los efectos de la edad en la capacidad sexual, en ausencia de enfermedades y que, a pesar de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen, tanto los hombres como las mujeres de edad avanzada pueden continuar disfrutando de las relaciones sexuales, si se dan las condiciones necesarias. En general, en las mujeres hay menor preocupación por la función sexual y más por la pérdida del aspecto juvenil. No así en los hombres, donde la preocupación excesiva por los cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento pueden llevar a la aparición de ansiedad (Lewis, M., 1992).

En la vejez, el interés o deseo sexual se mantiene mejor que la actividad sexual en los hombres, mientras que en las mujeres existe un declive en ambos aspectos de la sexualidad, debido fundamentalmente a una mayor discriminación y exigencia, en los aspectos estéticos. Posiblemente el evento que marca el comienzo de los cambios fisiológicos, que pueden afectar la vida sexual en la mujer, es el climaterio-menopausia. Climaterio, de procedencia griega, "climater", significa escalón. Periodo de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Comprende el lapso que antecede y sucede a la menopausia, en el periodo que va desde el fin de la fertilidad al comienzo de la senilidad. Menopausia, etimológicamente deriva del griego "meno o mensis": menstruación y "pausis": cesación. Designa al momento que se inicia, un año después del cese de la última menstruación.

Este periodo comienza cuando el ovario empieza a no responder a las órdenes de la hipófisis. La hormona foliculoestimulante (FSH), encargada de desarrollar el folículo ovárico, no encuentra respuesta. No hay desarrollo de folículo, y por tanto no hay producción de estrógenos, ya que es en el interior del folículo, en la teca interna, donde se producen los estrógenos, hecho que va en aumento conforme crece el folículo. Si ese crecimiento no existe, tampoco se segregan los estrógenos, y esto tiene consecuencias en el organismo femenino.

Los estudios actuales no han encontrado indicios de que en los años siguientes a la menopausia se produzca un aumento de los índices de enfermedad depresiva o de otros trastornos psiquiátricos graves. Estas investigaciones muestran que se ha exagerado sobre las implicaciones de los cambios que se producen en la mujer tras la menopausia y que, en la práctica, la menopausia puede ser un episodio más de adaptación, e incluso, para

algunas mujeres éste es un período de liberación en el que disfrutan más de sus relaciones sexuales, ya que desaparece el temor a un embarazo no deseado (Lewis, M., 1992).

Por otro lado, el envejecimiento no es por sí solo un factor que origine la disminución de interés sexual de la mujer, ni su capacidad de respuesta sexual. No obstante, el ciclo de la respuesta sexual de la mujer postmenopáusica lleva consigo una serie de cambios fisiológicos y anatómicos a nivel del aparato genital y de todo el organismo. Estos cambios suelen ser debidos a la importante disminución de estrógenos que, junto al envejecimiento, tienen las siguientes consecuencias:

- a) Los ovarios disminuyen progresivamente de tamaño.
- b) Los labios mayores y menores pierden elasticidad y se muestran atrofiados progresivos de su capa dérmica y epidérmica, lo mismo que el resto de la vulva.
- c) La vagina se hace más corta y menos elástica.
- d) La mucosa vaginal se hace más delgada y friable. La principal consecuencia suele ser el desarrollo de una dispareunia asociada a dispareunia (dolor durante el coito), lo cual suele ocurrir en 30% de las mujeres mayores.
- e) Los estrógenos aumentan la permeabilidad de las paredes vaginales, y por tanto contribuyen a la lubricación (Gorodeski, G. L., 2001). Su ausencia disminuye la capacidad de lubricación de la vagina, lo que puede ser también motivo de dispareunia.
- f) El tejido graso púbico tiende a reabsorberse.
- g) La alteración del pH vaginal aumenta el riesgo de perder la flora vaginal (bacilos de Döderlein) y por tanto el riesgo de contraer infecciones.
- h) Disminuye la sensibilidad vibratoria y vulvovaginal, pero parece no haber disminución de la sensibilidad clitorídea (Osimo, D., 2006).
- i) Las mujeres mantienen su capacidad orgásmica pero más débil y con menor número de contracciones. Las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y en ocasiones dolorosas por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo, estos procesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y por lo tanto el avance de los años no pone un límite preciso a la

sexualidad femenina. Es necesario insistir en que estos cambios se dan en distintos grados y aparecen en tiempo claramente diferente dependiendo de numerosos factores que explicaremos posteriormente.

j)Disminución del vello axilar y púbico.

Por otro lado, al atrofiarse los ovarios, disminuye la producción de andrógenos, ya que éstos se producen en el hilio ovárico. Los andrógenos están relacionados con algunos aspectos del deseo sexual, aunque la importancia de su influencia, sigue siendo un tema controvertido. No obstante los efectos de esta posible disminución, no son tan ostensibles como la ausencia de estrógenos, ya que en la corteza suprarrenal de la mujer también se producen andrógenos, que compensan la disminución de los que se producen en el ovario.

Pero es muy importante remarcar que, aunque tanto los cambios anatómicos como los cambios fisiológicos ocurren de forma universal, no tienen la misma relevancia en todas las mujeres, quienes presentan variaciones individuales muy importantes. El importante aumento de la esperanza de vida, ha supuesto que la menopausia, que antes coincidía con la última etapa vital, ahora ocurre prácticamente a poco más de la mitad de la vida media de una mujer, aunque su aparición también se ha ido retrasando progresivamente.

Centrarse exclusivamente en los factores hormonales, es un error frecuente. La menopausia coincide también con una edad difícil para la mujer. Y es difícil, porque culturalmente hay elementos que sitúan a la mujer frente a una sociedad discriminatoria y que le producen problemas de imagen, de autoestima y a veces, de marginación. Por ello es importante, aparte de corregir los problemas hormonales, minimizar el efecto patologizante que tanto el modelo estético dominante, como los prejuicios, tienen sobre una mujer, que ni está enferma, ni en absoluto discapacitada para vivir su sexualidad, de forma plena. Esto lo veremos más adelante.

2.3. Cambios de la fisiología sexual con la edad en el hombre

Los cambios en la fisiología sexual del hombre no se presentan de forma súbita ni de la misma forma en todos los individuos.

- a)A los 70 años de edad, los testículos mantienen su tamaño normal, pero existen cambios degenerativos en los tubos seminíferos, aplanamiento del epitelio germinales interrupción de las células germinales.

- b)El líquido seminal se va haciendo más escaso progresivamente, y también más pobre en sus cualidades funcionales.
- c)Pérdida de sensibilidad de receptores de andrógenos, hecho que se ha constatado en el curso del envejecimiento, para otras muchas funciones del organismo.
- d)La producción de testosterona declina gradualmente desde los 55 o 60 años. A los 80 años los niveles de testosterona pueden ser seis veces menores que los de los jóvenes (Schover, L. R., 1984).
- e)Hay un enlentecimiento de la erección con la edad, es necesario más tiempo para la estimulación y para alcanzar el clímax sexual, siendo el orgasmo de menor duración.
- J)Disminuye el número de erecciones nocturnas involuntarias, lo cual generalmente no tiene ninguna relevancia clínica.
- g)El ángulo peneanoabdominal aumenta en promedio hasta los 90 grados.
- h)El periodo de detumescencia del pene, o pérdida de la erección después de la eyaculación se produce con más rapidez.
- i)El periodo refractario tras la erección aumenta marcadamente, llegando a ser de días.
- j)Disminución de la fortaleza y frecuencia de las contracciones de la musculatura estriada de la pelvis.
- k)Apreciación subjetiva de la percepción de una menor intensidad de placer derivada del orgasmo.
- l)La eyaculación se retrasa, por este motivo se reduce también la frecuencia de eyaculación prematura, lo que se convierte en una ventaja en los hombres que presentan este trastorno.
- m)Se reduce el líquido preeyaculatorio.
- n)La eyaculación es menos intensa.
- o)En los ancianos también puede perderse la llamada fase de inevitabilidad eyaculatoria. Esta fase procede en unos escasos segundos a la eyaculación y en

ella el hombre se hace consciente de que va a eyacular y no lo puede evitar o controlar. El anciano puede eyacular sin este aviso, que es producto de la contracción de la musculatura de las vías seminales, pero experimenta la segunda fase del orgasmo sin dificultad.

p)En el hombre mayor de 50 años disminuye la elevación de los testículos dentro del saco escrotal antes de la eyaculación, por la acción de los músculos cremáster.

Todos estos cambios parecen estar en relación con múltiples factores hormonales, neuronales y vasculares.

3

Educación sexual y promoción de la salud sexual para mayores

La educación sexual es el principal instrumento para hacer promoción de la salud sexual, sea cual sea el grupo etario o con el que se haga. Por supuesto esto es así también con el grupo de mayores. Por ello es importante plantear un análisis de los diferentes modelos de educación sexual. Pero antes de esto hay un debate preliminar que no deja de tener vigencia: hacer o no educación sexual. Es un viejo debate, además de inútil, pues es un debate cadente y cargado de tintes absolutamente ideológicos e irracionales.

El proceso de vinculación afectiva en los primeros años de vida, la actitud de los padres ante la sexualidad, los cuentos, las revistas, los otros niños, las amistades, la televisión, el cine, la escuela, Internet, etc., producen una amalgama nada ordenada y continuada de mensajes sexuales, que conforman una modalidad de educación sexual informal, que es la que más frecuentemente todos hemos recibido y seguimos recibiendo. Esto es inevitable, es decir que no podemos elegir si hacemos o no educación sexual.

Lo que sí podemos decidir es implicarnos o no en procurar a nuestras futuras generaciones y también a las menos futuras, la formación y la información necesarias, para ayudarles a digerir mejor la lluvia ingente de mensajes sexuales de todo tipo que cotidianamente reciben. Implicación que debería ser de la sociedad en su conjunto, incluyendo a las familias, el sistema educativo, el sistema sanitario, otras administraciones y la sociedad civil organizada. Llevamos años con estos debates y siempre estamos prácticamente en la misma situación.

3.1. Las diferentes proyecciones de la educación sexual

Algunos sectores, ya han asimilado que la sexualidad es un tema inevitable y fundamental, y a su manera se han implicado en la educación sexual. Y esta implicación se ha hecho desde diferentes proyecciones (figura 3.1).

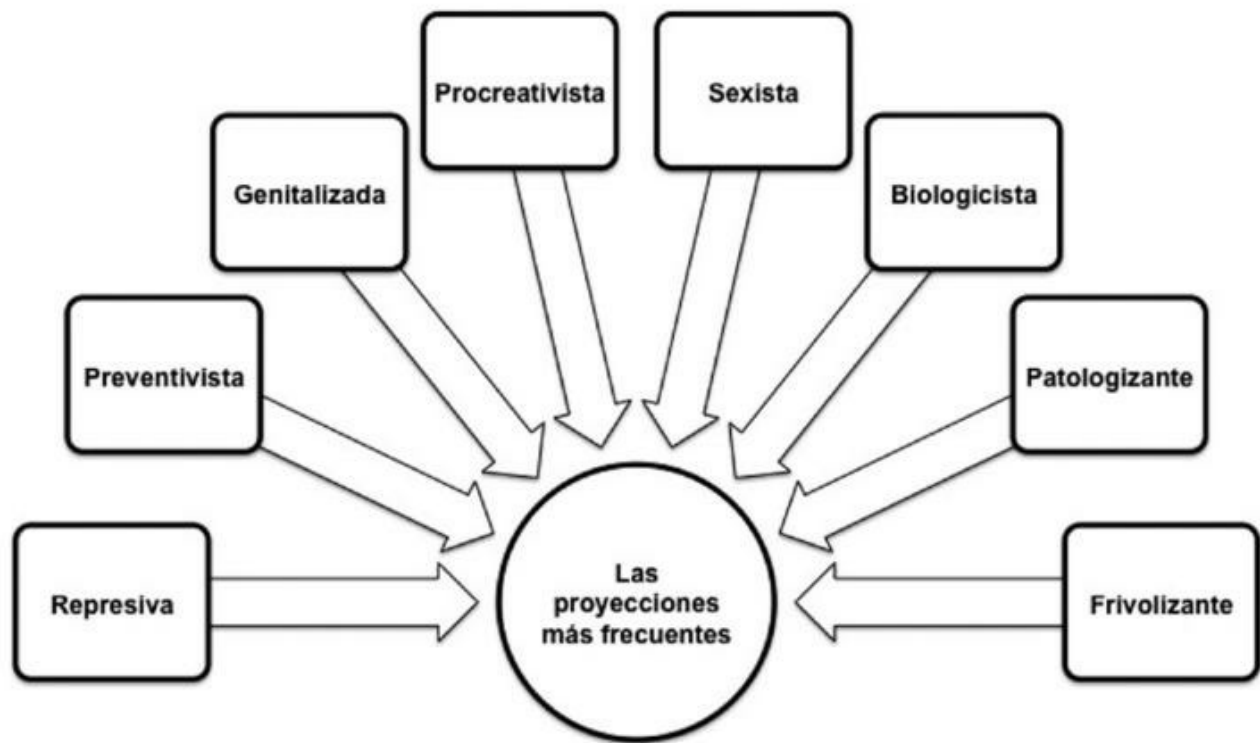


Figura 3.1. Proyecciones más frecuentes de la educación sexual.

3.1.1. El modelo represivo

Desde sectores religiosos se hace educación sexual con el objetivo de adoctrinar y de circunscribir la sexualidad a lo meramente procreativo y dentro del matrimonio. Es un modelo de educación sexual moralizador y restrictivo, que en su trasfondo percibe la sexualidad en sí misma, como un "mal rollo" y como un mal necesario para la procreación.

Este tipo de educación sexual fue denominada "educastración sexual" por Efigenio Amezúa, director del Instituto de ciencias sexológicas de Madrid.

Centran el debate sólo en los peligros, en una visión culpabilizadora y culpabilizante del hecho sexual humano. Sirvan de ejemplo las afirmaciones siguientes realizadas por Chaviano, R., Llaguno, M., Castañeda, A., en el documento: "El fraude de Kinsey y sus consecuencias para la sociedad".

"... lo que ha servido como base para los programas de 'educación' sexual en las escuelas públicas tuvo sus raíces en experimentos científicos fraudulentos y depravados, y en actividades inmorales y hasta crueles por parte de los investigadores".

Les sorprenderá saber que el primero de estos "investigadores" fue Alfred C. Kinsey, seguido por sus colaboradores y colegas, Wardell B. Pomeroy, Clyde E. Martin y Paul Gebhard.

Sin lugar a dudas, sus investigaciones y estudios moldearon las actitudes y creencias en lo que concierne a la sexualidad humana, y pasaron a formar parte de los actuales programas de "educación" sexual, no sólo en los países "desarrollados", sino también en los del tercer mundo". Por supuesto, todo lo que no se encuentre dentro de la órbita de su doctrina, aunque sea científico, es descalificado, incluso calificado de forma bastante paradójica y sorprendente de adoctrinamiento. "Si de lo que se trata es de reducir los abortos, objetivo común de todos los que se dedican a la salud sexual de los jóvenes, las políticas centradas en la abstinencia parecen dar más resultado", dice Fernando Rodríguez-Borlado en Aceprensa. La abstinencia y la castidad son las medidas preferidas en este modelo de educación sexual.

Pero posiblemente sea con los mayores con los que este modelo represivo sea más duro, sobre todo, porque los mayores ya no tienen capacidad procreativa. Las residencias de ancianos han sido y son los lugares donde más se reprime la vida sexual porque en ellas no hay privacidad ni intimidad ni respeto.

Algunos centros, lejos de fomentar que sus residentes vivan la sexualidad con naturalidad, a menudo propician la creación de un mundo irreal, ajeno a toda forma de expresión sexual. Esto se acentúa con la homosexualidad.

3.1.2. El modelo preventivista

En ciertos ámbitos sanitarios y educativos, preocupados por los embarazos no deseados, los abortos y las enfermedades de transmisión sexual, se ha construido una modalidad de educación sexual de orientación claramente preventivista, es decir, con el único objetivo de evitar problemas socialmente molestos y que sin duda son también importantes problemas de salud pública.

Hay guías de cursos para futuros educadores sexuales, cuyos contenidos fundamentalmente son anatomía y fisiología genital, disfunciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados y hasta prevención del cáncer genital. Por supuesto que la prevención es absolutamente necesaria, pero el problema es cuando todo se reduce a eso. De otra manera, y con una finalidad no directamente represora, pero también fija la sexualidad, como en el caso del modelo represivo, cercada de peligros y "malos rollos".

Este enfoque preventivista hace más fuerza justificativa, para la implantación de programas de educación sexual. La necesidad de evitar problemas ofrece menos fisuras ante el ataque de los enemigos -a veces furibundos - de la educación sexual. Pero no deja de ser una trampa. Porque la prevención es un pilar importante de la promoción de la salud sexual, pero no es educación sexual con mayúsculas. Además, no ha demostrado su eficacia; posiblemente porque los jóvenes no suelen asimilar y asumir muy bien los mensajes de prohibición y de advertencias de peligro.

Los resultados de este modelo de educación sexual se traducen en una perplejidad bastante generalizada. Muchas personas tienen la certeza de que los jóvenes están bastante mejor informados que antes, y no pueden comprender que los embarazos no deseados y los abortos sigan siendo un importante problema. Y esa es una de las falacias que rodean al tema de la educación sexual: pensar que los jóvenes están bien informados. Otra falacia es suponer que informando solamente de los peligros que acechan detrás de las relaciones sexuales, los jóvenes se motivarán para ser receptivos a ese tipo de educación sexual. El miedo y la prohibición suelen ser armas poco eficaces con los jóvenes. Ya se ha demostrado en otros ámbitos.

Y los mayores no suelen ser los destinatarios de este tipo de educación, entre otras cosas porque se les percibe como personas prácticamente asexuadas. Pero aunque no tienen muchos peligros de embarazos no deseados, sí pueden tener infecciones de transmisión sexual.

La prevención ha de formar parte de la educación sexual, pero no puede fagocitarla. Y eso es lo que suele ocurrir con demasiada frecuencia, cuando se programa un proyecto de educación sexual.

3.1.3. El modelo genilizado

Un representante fundamental de la rama radical del psicoanálisis, Herbert Marcuse. En "Eros y Civilización", planteaba que la cultura occidental somete al individuo a una plusrepresión, que en términos cualitativos significa una desexualización casi total de las zonas erógenas no genitales del cuerpo en general, reforzando la genitalización de la sexualidad.

La energía libidinal se concentra de este modo en una parte del cuerpo: los genitales, dejando el resto libre para su uso como instrumento de trabajo. Esta desexualización del cuerpo trae como resultado la reducción radical del potencial de placer. Realmente la genitalización de la sexualidad, en nuestra cultura, frente la enorme potencialidad de la

sexualidad humana, es un hecho limitarte y patente. Pero en demasiadas ocasiones la educación sexual, no es capaz de zafarse de ello.

Hace un tiempo me presentaban un maletín de recursos para la educación sexual, y cuando se abría, aparecía en primer lugar un ostentoso pene de pasta, para aprender a poner preservativos. Y en el manual, en el apartado dedicado a la homosexualidad, el dibujo representaba un coito anal. Aparte de la utilidad del pene de pasta para el aprendizaje en la colocación de preservativos, el simbolismo es realmente llamativo, y la representación de la homosexualidad masculina consolida una sexualidad centrada en los genitales.

El mismo modelo preventivista también la consolida, ya que la inmensa mayoría de los peligros anunciados giran alrededor del coito. También hay trampas semánticas, que contribuyen a cristalizar este modelo. Denominar a la educación sexual como educación afectivo-sexual es una de esas trampas. Por un lado lo afectivo y por otro lo sexual. Realmente ¿qué le dejamos a lo sexual? Pues lo que sucede de cintura para abajo: lo genital.

3.1.4. El modelo procreativista y sexista

Hablar de procreativismo se refiere no solamente al predominio del deber procreativo frente a la sexualidad, sino también a la vivencia general de la fecundidad como algo impuesto y dirigido por el sistema, tanto para aumentarla como para disminuirla o controlarla cuando convenga. Es decir, la vivencia de la fecundidad no es una vivencia creativa y libre, sino limitadora y limitante, con una continua confusión con lo sexual. No en vano en todos los discursos políticos y profesionales se habla de "salud sexual y reproductiva".

Y esto no sólo confunde, sino que además lo reproductivo acaba fagocitando siempre a lo sexual, en las prioridades políticas y profesionales, unas veces por razones de urgencia sanitaria, social o política, y otras por miedos a enfrentar la sexualidad, sin enmascaramientos y sin la excusa de evitar embarazos no deseados o abortos.

El procreativismo limita el potencial comunicativo del individuo civilizado, actuando también socialmente e individualmente. Socialmente, limitando el número de personas con acceso aceptado a la posibilidad de satisfacción de la sed de piel, a sólo aquellas que se encuentren en edades y condiciones personales potencialmente procreativas. Quedan así fuera de concurso los niños y los ancianos. A los primeros "los protegen" suficientemente los códigos legales y morales. En los segundos la limitación forma parte

de un rechazo general cultural por la vejez y todo lo que ella implica, como su proximidad con la muerte, otra de las dimensiones humanas últimamente más tabuizadas en nuestra cultura. En algunos aspectos, más que la sexualidad. Recordemos, a modo de ejemplo, el despreciativo y común apelativo de "viejo verde" para todo anciano que exteriorice o demuestre su sexualidad.

El procreativismo también actúa individualmente, limitando las formas de comunicación sexual a aquellas potencialmente procreativas. Estas formas se centran en el acto sexual por excelencia de nuestra cultura: el coito, que es el único que cumple este requisito.

Todas las demás formas o son prohibidas, más o menos solapadamente, o son obviadas, o simplemente, si son aceptadas, se usan como formas accesorias. Los tipos de vínculos sexuales que no lleven implícito la posibilidad de procrear, como es el caso de los homosexuales masculinos y femeninos, son rechazados o marginados en nuestra sociedad. De esta forma el sistema social sigue controlando las fluctuaciones de la demografía.

Cuando refería la experiencia del pene de pasta en el maletín de educación sexual, aparte del simbolismo de lo genital, hay también un símbolo de lo falocrático, es decir que lo genital está dominado por el simbolismo masculino. El falo, símbolo del poder, de la fertilidad y del placer, sigue estando presente en muchos programas de educación sexual de forma más o menos explícita.

3.1.5. El modelo biologicista y patologizante

Algunos educadores creen que explicando el funcionamiento de los genitales, hacen educación sexual. Sin embargo, es como si para que las personas aprendieran a respirar mejor solamente les informáramos del funcionamiento de las fosas nasales y de los alvéolos pulmonares, y en qué consisten las bronquitis, los enfisemas o la tuberculosis.

Y en cambio no les entrenaremos en respirar correctamente o en la utilización de la respiración para hablar mejor, para utilizar mejor nuestra energía, para expresar mejor nuestras emociones y en suma para vivir mejor. Asociar sexualidad a problema está muy arraigado en nuestra cultura.

La primera vez que en España, se habló abiertamente de sexualidad en televisión fue en Televisión Española, en 1990, en un programa llamado: "Hablemos de sexo", conducido por una psicóloga clínica, profesora de la Universidad Complutense de Madrid, Elena Ochoa. Fue un programa con muy buena aceptación por parte del público,

pero la realidad fue que sólo se habló de problemas. Cada programa trataba de un tema monográfico diferente, pero todos estaban relacionados con disfunciones sexuales o con problemas. Es como si realizáramos un programa sobre el vino, y en lugar de hablar de catas, clases de vinos, fabricación de los vinos, etc., sólo habláramos de hepatitis crónicas, de cirrosis, de intoxicaciones etílicas o de alcoholismo crónico.

Unir sexualidad a problema ha sido, y sigue siendo, una constante, y esto tiene aún mas incidencia en las actitudes ante las personas mayores, porque asociar enfermedad con vejez también es una constante. De modo que una educación sexual con este modelo ahonda aún más en la discriminación de los mayores en materia de sexualidad.

3.1.6. El modelo frivolizante

La educación sexual no ha de ser aburrida, pero tampoco se puede frivolizar. Y esa es una tendencia constante, por diversos motivos. Primero porque los medios de comunicación exigen una dosis de morbo, suficiente para atraer audiencia. Cuando se anunció el programa "Hablemos de sexo", su director, Narciso Ibáñez Serrador dijo: "Sólo aspiramos a que el sexo deje de ser un tema tabú para los españoles. No queremos que nadie se moleste por lo que se diga o se vea, y quizá desilusione por ser demasiado light". Demasiado light, demasiado serio, demasiado científico, son calificativos que suelen ir precedidos por un "que no sea", cuando los medios de comunicación demandan algo sobre sexualidad.

Muchas de las personas que hablan de sexo en los medios de comunicación lo hacen como profesionales de la sexología, aunque en su mayoría no lo son. El morbo, la pornografía de la intimidad, la frivolización, etc., suelen ser elementos muy utilizados, para tratar los temas sexuales. Esto acaba desprestigiando a la sexología y a los sexólogos. Y si esto ocurre, ¿quién podrá asesorar a las instituciones educativas en el tema de la educación sexual?

Porque el otro, y más importante, motivo de la frivolización de la educación sexual es el abordaje de ésta por personas no suficientemente formadas para ello. Hubo una polémica en Extremadura, en 2009, sobre unos talleres de "educación afectivo-sexual" subcontratados a una empresa de juguetes eróticos, que les llamó talleres de masturbación. Esta forma de frivolización de la educación sexual es sumamente dañina, en primer lugar porque no consigue nada, y en segundo lugar porque da argumentos a los "educastradores" sexuales.

3.2. Hacia un modelo científico de educación sexual

Todos estos modelos interactúan entre sí, cargando las tintas en un sentido o en otro, pero lejos de un enfoque científico, holístico y basado en el conocimiento. La alternativa sería un modelo de educación sexual que tenga como objetivo capacitar para vivir como personas sexuadas de forma madura, relajada y libre (figura 3.2).

La educación sexual ha de hacerse desde dos enfoques: uno centrado en los valores y las actitudes, y otro centrado en los conocimientos y las capacidades. Uno de los valores más preciados en nuestra sociedad es la libertad. La libertad es un hecho ligado a la sexualidad en nuestra sociedad actual, al menos desde las normas formales, que son bastante permisivas. Otra cuestión son límites que ponen la moralidad, los tabúes y las normas informales. Pero la juventud suele ser bastante inmune a estos límites. Por eso la libertad es un valor que debe ser prioritario en cualquier modelo de educación sexual que pretenda ser realista. Y también que pretenda ser atractivo para los jóvenes.

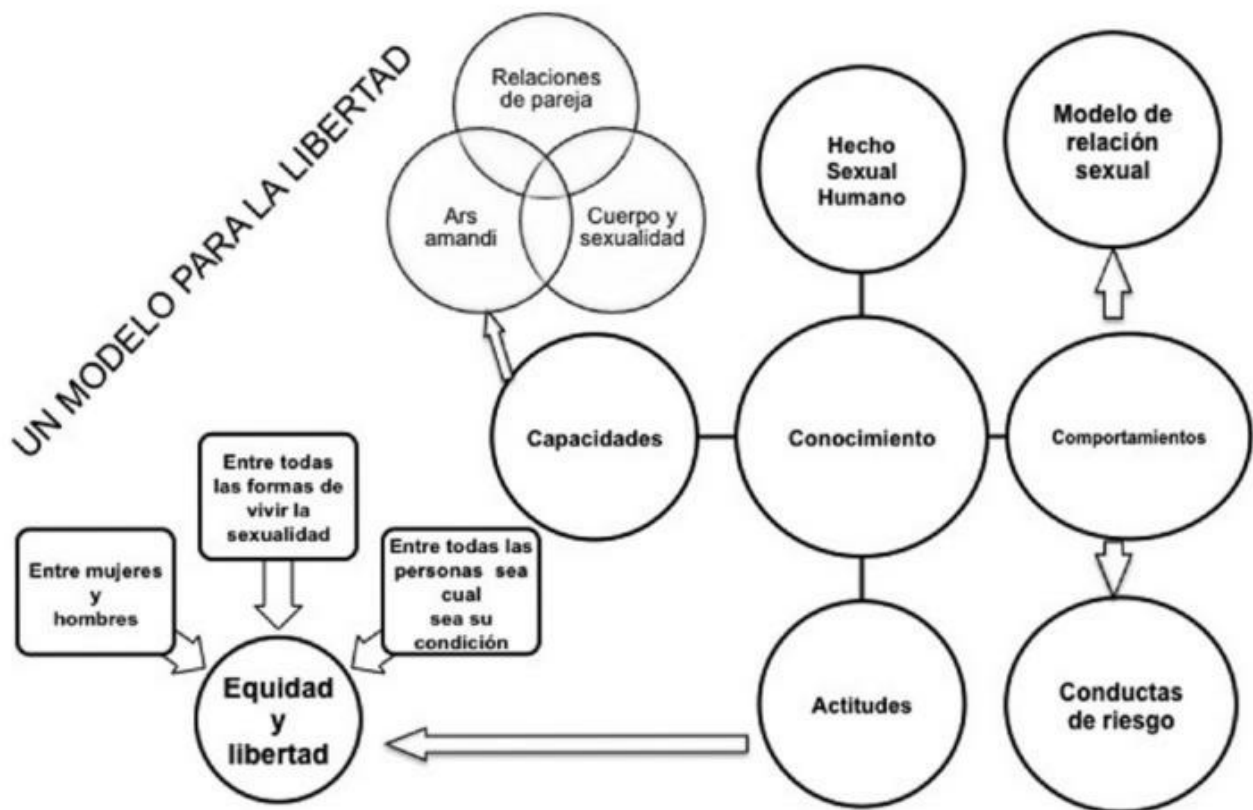


Figura 3.2. Un modelo de educación sexual basado en el conocimiento.

La libertad es la capacidad para elegir. Y la capacidad de elegir es mayor cuanto mayor es el número de oportunidades para hacerlo y cuanto menor es el número de personas discriminadas para acceder a esas oportunidades. La otra pata del trípode de la

libertad es el conocimiento.

Cuanto más profundo es el conocimiento, más se enriquece la capacidad para elegir, tanto cuantitativamente como cualitativamente y hay más madurez en la elección, con lo cual se minimizan los riesgos. Por todo ello hay que construir un modelo de educación sexual, un modelo en el que la sexualidad es un valor, y en el que el objetivo es que las personas aprendan a vivirse como personas sexuadas, sexuales y eróticas, únicas e irrepetibles. No para decir lo que hacer, sino para aprender a escoger cómo hacer. Un modelo basado en la libertad. Y el pilar básico de la libertad es el conocimiento. Y el conocimiento dirigido hacia los hechos, los comportamientos, las actitudes y las capacidades. Nada más y nada menos. Por eso ha de ser un modelo científico, basado en la evidencia, libre de prejuicios e ideologías.

3.2.1. Conocimiento del hecho sexual humano

Es importante profundizar en el conocimiento de los diferentes aspectos del hecho sexual humano:

- En sus claves antropológicas, sociológicas, biológicas, neuropsicológicas y culturales.
- En el proceso de convertirse en persona sexuada.

El conocimiento del hecho sexual humano es la base fundamental para que las personas puedan elegir con madurez qué hacer, cuándo hacer lo que quieran hacer y cómo hacerlo. Es el conocimiento de las claves de lo que somos, con todas nuestras herencias, como seres vivos, como miembros de una especie y como miembros de una cultura, y de cómo se fraguan, cómo son y cómo funcionan todas nuestras estructuras morfoanatómicas, fisiológicas, neuropsicológicas y socioculturales. Se trata, por tanto, de cómo nos convertimos en personas sexuadas, y cómo somos y funcionamos como tal, de cómo son todos los entresijos de nuestro sexo, nuestra sexualidad y nuestra erótica.

Este conocimiento ha de ser más o menos profundo dependiendo del colectivo de personas que lo están recibiendo, y con un discurso adaptado a la formación previa de quien lo recibe. Pero ha de ser:

- Integrador y holístico.
- El hecho sexual humano ha de estudiarse como un hecho indisolublemente cosmobiocultural.

- Un conocimiento superador de la inútil, engañosa y alienante oposición ontológica, naturaleza y cultura.
- Un conocimiento superador de la eterna dicotomía de "lo malo" y "lo bueno".
- Un conocimiento abierto al debate, sin posicionamientos dogmáticos previos, ni adoctrinamientos.
- Y ante todo ha de ser un conocimiento basado ante todo en la evidencia científica.
- En caso de ausencias de evidencias constatadas, abierto a diferentes hipótesis y a la necesidad de investigarlas.

En resumen, es un conocimiento que dé a las personas la más amplia capacidad para elegir libremente y con madurez.

3.2.2. Conocimiento de los comportamientos sexuales

Saber cuáles son nuestras conductas y nuestras maneras de hacer es fundamental para poder saber si elegimos cambiarlas, mejorarlas o consolidarlas. Sobre todo es importante hacer hincapié en el conocimiento del modelo de relaciones sexuales. Y dentro de esto, en el esquema básico de cómo se desarrolla la actividad sexual. Este esquema está condicionado culturalmente, y por supuesto condiciona la calidad de vida de las personas.

Qué duda cabe de que analizarlo, descubrir sus limitaciones, sus debilidades y fortalezas, el origen de sus condicionantes y sus huecos de mejora puede hacer que las personas tengan más capacidad para elegir lo que hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo. Por supuesto que habrá elementos del modelo de relaciones sexuales condicionados por las normas legales, y otros condicionados por las morales. Son estos últimos los más susceptibles de cambio, desde el conocimiento y desde las decisiones personales, y suelen formar parte de la zona íntima de las personas. Ya vimos que el modelo de relaciones sexuales, condicionados por nuestra cultura, es un modelo, reduccionista, genitalizado, falocrático y masculino, productivista y marginador. El mero conocimiento de esto contribuye a ampliar y enriquecer el esquema.

3.2.3. Trabajar las actitudes ante el hecho sexual humano

Las actitudes ante los diferentes aspectos de la sexualidad son un elemento fundamental que influye decisivamente en la vida sexual de las personas, tanto en la propia, como en la de los demás. Estas actitudes determinan decisivamente los niveles de democracia y

equidad de las personas para vivir libremente como personas sexuadas, sexuales y eróticas, fundamentalmente, la democracia y equidad:

- a) Entre hombres y mujeres.
- b) Entre todas las formas de vivir la sexualidad.
- c) Entre todas las personas sea cual sea su condición.

A) Actitudes ante la democracia y equidad entre hombre y mujeres

Las culturas sexualmente reprimidas y agresivas coinciden también con culturas que reprimen lo femenino. La mujer ocupa un papel secundario desde el punto de vista social, sexual y económico. Lo femenino es denostado. Un ejemplo es la consideración negativa sobre la menstruación y la sangre menstrual, frente a la valoración del semen como un líquido vital.

Y lo contrario ocurre en las culturas sexualmente flexibles y pacíficas. En ellas el predominio de lo femenino es casi una constante (Lucas, M., 2009). Por tanto una sociedad que pretenda rebajar su agresividad, aparte de relajar su moral sexual, tendrá que "feminizarse". Y nuestra sociedad, que da muestras cotidianas de generar una agresividad más allá de sus necesidades sociobiológicas, necesita hacerlo si pretende mejorar el futuro.

En las últimas décadas, el protagonismo de la mujer, en lo social, lo político, y lo económico ha cobrado un fuerte impulso. Pero hay síntomas de que hay que ir más allá. Por ejemplo, la violencia contra las mujeres sigue siendo una plaga absolutamente inasumible. Hay tres elementos importantes que necesitan una importante revisión:

1. La educación y la formación de las futuras generaciones, de lo cual ya hemos hablado.
2. El modelo de liberación de la mujer.
3. El papel de los hombres en el camino hacia una sociedad más feminizada.

Creo que habría que reflexionar sobre la forma en la que muchas mujeres se están incorporando a la vida social, política y económica. En una sociedad dominada por lo masculino durante siglos, altamente competitiva y agresiva, la mujer se ve obligada a imitar el modelo masculino, para poder sobrevivir en una "selva" hostil. Si esto se perpetúa, sumariamos más masculinidad "impuesta" a la que ya sufrimos los hombres.

La esperanza es que todo sea una etapa pasajera, que no cuaje, y que al final las mujeres, ya consolidadas en sus nuevas posiciones, cambien el modelo desde dentro de la "selva". Por eso, la lucha por la incorporación de las mujeres no ha de ser sólo la de ocupar posiciones políticas, sociales y económicas, sino la forma de desarrollarlas. Pero hay un elemento sobre el que hay que reflexionar más en profundidad: el papel y la actitud de los hombres en el camino hacia una sociedad más feminizada.

"Deconstrucción" es un término inventado por Jacques Derrida, nacido en Argelia en 1952. En 1967 publicó tres libros que introdujeron sus ideas sobre deconstrucción. El crítico deconstructivista no pretende probar o refutar, establecer o confirmar y menos aún alcanzar la verdad, siendo su posición de orden relativista, y lo que propone es socavar, cuestionar, superar, romper o revelar complicidades. Y habla de suplemento como una palabra de importancia secundaria en la relación jerárquica de dos palabras. Por ejemplo: hombre/mujer. En nuestra cultura, durante mucho tiempo, hombre ha sido la presencia, y en la ausencia de hombre hay mujer, el suplemento. Es decir, mujer es el hueco de lo que hombre no es. Derrida dice que el suplemento no es de importancia secundaria, porque puede socavar la relación jerárquica.

En realidad lo malo de deconstruir es que cada vez que lo escribes, el ordenador se rebela y lo convierte en reconstruir, y si insistes entonces lo admite, pero lo marca como ortográficamente incorrecto, y es una verdadera lata. El ordenador hace exactamente lo que hacemos los hombres, cada vez que hemos sentido el pánico de la deconstrucción de nuestra masculinidad, la reconstruimos obstinadamente en los mismos términos. Lo bueno de deconstruir es que no es reconstruir, ni es destruir ni es construir, sino que podría ser un poco de todo, pero mucho más creativo. Y además eso de socavar la relación jerárquica me gusta. Y sobre todo socavar eso de que la mujer es el hueco de lo que el hombre no es, porque desde todos los puntos de vista es una solemne tontería, que además justifica que sea más adecuado hablar de anormalidad masculina que de normalidad, cuando esto se dice. Pero no quiero ser malo. Supongo que en el título, normalidad se refiere a normas culturales establecidas, es decir a normatividad. Y para no liamos más, podríamos decir que la normatividad masculina occidental, y algunas otras, son totalmente anormales.

Y así, ya entramos en materia. Y entrando en materia, entramos en crisis. En la crisis de la normatividad masculina de la cultura occidental. ¿Pero estamos realmente ante una crisis? Yo diría que más bien estamos ante la agudización de una crisis permanente. Y además que no es la primera. Ya hemos tenido otras anteriores agudizaciones, que se resolvieron con una tremenda reacción masculina, de consecuencias muy negativas.

Las agudizaciones siempre han coincidido con los intentos de las mujeres de poner en cuestión el sistema patriarcal y falocrático, y esa anormal normatividad masculina que ha predominado en la historia de la cultura occidental. Esta cadencia de la lucha femenina y las reacciones masculinas sólo es posible romperla contando con los hombres, implicándolos y convenciéndolos. Es una acción que tiene que multiplicarse y extenderse como un manto protector para todos y para todas. Y además con firmeza y con urgencia, y como una de la principales prioridades de nuestra sociedad.

Es una necesidad imperiosa que los hombres exploren y vivan más su feminidad. Y ¿qué quiere decir esto? Los hombres en nuestra cultura, y también en otras de las que he estudiado, tenemos una imposición adicional que nos obliga a cumplir un patrón que erróneamente se equipara a la masculinidad, y que se concreta en más rigidez gestual, menor expresividad de los sentimientos, más dureza relacional, mayor demostración de poder y de fuerza, actitudes homofóbicas y un excesivo protagonismo falocrático en las relaciones sexuales que van mucho más allá de nuestra esencia y de lo que realmente somos.

Nos dicen: ¡Sé un hombre! desde pequeños. Y eso supone ajustarse a ese patrón cultural y a un sobreesfuerzo absurdo. Ese sobreesfuerzo es lo que nos sobra para ser lo realmente que somos. Eso es para mí feminizar el futuro, deshacemos de ese sobreesfuerzo, deconstruir la actual normalidad masculina. Esto y la incorporación progresiva al poder de la mujer, pero con la deconstrucción también del actual modelo de poder lograríamos un futuro más femenino, y por tanto menos agresivo. Pero ante todo, para conseguir una mayor democracia y equidad entre hombres y mujeres, hay que cultivar actitudes en las personas, que propicien este cambio.

La actuación de la mujer no implica una participación en el poder masculino, sino cuestionar el concepto de poder (Carla Lonzi).

B) Actitudes ante la democracia y equidad para todas las formas de vivir la sexualidad

Hemos de partir de un hecho indiscutible: toda persona es una persona sexuada. Nuestra especie es una especie sexuada. El proceso de convertirse en persona sexuada, con una serie de estructuras morfoanatómicas, fisiológicas y neuropsicológicas, que la definen como tal, está constituido por una serie de eslabones encadenados que se suceden unos a otros como en una carrera de relevos, cediéndose la responsabilidad de su continuación (Lucas, M., 1986).

Para comprender mejor este proceso hemos de considerar todo nuestro currículum

como personas individuales, como miembros de una cultura, como miembros de una especie y como seres vivos. La conformación de todas las estructuras que a cada uno nos definen como personas sexuadas va a tener todas sus claves en ese currículum. Y lo más importante, todo esto determina que todas las personas sean sexuadas, sexuales y eróticas de forma única e irrepetible. Es todo lo contrario de la homogeneidad que muchas actitudes pretenden imponer.

El enorme potencial de la sexualidad humana se encuentra de bruces con la división, a veces artificiosa, de los individuos, en heterosexuales y homosexuales, según las tendencias de sus deseos. No pretendo entrar en discusiones dicotomizantes sobre el origen biológico o conductual de estas tendencias. En primer lugar porque no creo que nada sea puramente biológico o puramente ambiental. En segundo lugar, porque no hay argumentos concluyentes en uno o en otro sentido. Y en tercer lugar, porque fundamentalmente no es de interés el mayor o menor determinismo biológico de este dilema, sino las consecuencias de su limitación, y el convencimiento de que el ser humano es capaz, para su evolución y crecimiento, de vencer todos o casi todos los determinantes biológicos, sobre todo en lo que a conductas se refiere.

De todas formas, lo que sí es constatable es que en nuestra cultura esta segregación sexista del deseo es mucho más acusada que en otras. Las relaciones homosexuales y heterosexuales forman parte ambas en la vida de un mismo individuo en otras culturas, tanto en hombres (kerakis, étoro, azande, etc.), como en mujeres (samoanos, azande, etc.). Esta segregación del deseo limita a los heterosexuales para comunicarse sexualmente con las personas de su mismo sexo, y a los homosexuales para hacerlo con las personas del sexo contrario.

Y además coloca a los últimos, que son los minoritarios y los no institucionalizados, en una situación de marginalidad hiriente e injusta, que a pesar de los movimientos de liberación homosexuales no ha logrado superarse.

Posiblemente el procreativismo ha sido el principal factor que ha contribuido a la consolidación de esta segregación del deseo sexual, por encima de esta tendencia evolutiva, en la cultura occidental, limitando las posibilidades y la variabilidad de la capacidad de satisfacción sexual. La homosexualidad o la transexualidad son parte de las muchas formas de vivir como personas sexuadas.

La diversidad sexual es tan amplia como el número de personas. La diversidad sexual es el resultado siempre cambiante de la mezcla de factores cosmobioculturales, también abarca a la heterosexualidad y sus distintos tipos de manifestaciones. Diversidad sexual incluye a quienes sólo gustan de relaciones formales en un marco ajustado a la moral

sexual cultural, y también a quienes expresan su sexualidad en formas no convencionales. También son parte de la diversidad sexual las motivaciones y sentidos que tienen para cada persona sus comportamientos sexuales. Porque cada persona es ineludiblemente sexuada, y además de forma única e irrepetible. Y esto no es una amenaza, ni un peligro. Es un hecho incuestionable y enriquecedor.

La uniformidad sexual es un mito represor, basado en un tremendo error. Es inalcanzable e irreal. Y por tanto daña el bienestar de las personas, porque las fuerza a ser lo que no pueden ser. Trabajar las actitudes positivas ante la diversidad sexual contribuye a que las personas vivan libremente lo que son y lo que quieren ser. Reconocer que todos los comportamientos y deseos sexuales forman parte de un amplio espectro de opciones, y que todo lo que forma parte de este abanico de posibilidades sexuales tiene igual derecho de existir y manifestarse siempre que no atente contra los derechos de terceros. Y siempre que sea una conducta libre de compulsiones y libre de imposiciones externas, y que pueda hacerse y se haga responsable de las consecuencias de sus actos.

C) Actitudes ante la democracia y equidad sexual entre todas las personas, sea cual sea su condición (edad, capacidad, etc.)

Está claro que la edad, las discapacidades, la estética, y otras condiciones de las personas pueden limitar claramente la libertad de las personas para vivir plena mente como personas sexuadas. Los modelos sexuales culturales a los que ya me he referido contribuyen claramente a ello.

El modelo sexual procreativista, excluye a todas las personas y a todos los comportamientos sexuales, que no son potencialmente procreativos. Mayores, homosexuales, etc. A esto contribuye un modelo estético dominante, que es cada vez más reduccionista, y en el que la juventud, aparte de otros elementos, es claramente indispensable. Por tanto deja también marginados a los mayores. Por otro lado, el modelo productivista de relaciones sexuales, también actúa negativamente sobre las personas discapacitadas o enfermas.

Y todo esto está facilitado por mitos y falsas creencias que están contruidos alrededor de la edad, discapacidad, belleza, etc., como elementos bloqueantes y limitantes de la vivencia sexual. El trabajo de las actitudes ante estos mitos y falsas creencias, para deconstruirlos y llenarlos de realidades basadas en evidencias científicas y de oportunidades, frente a errores, basados en suposiciones, y falsas amenazas, también supone un elemento indispensable a tener en cuenta de la educación sexual.

3.2.4. Fomento de las capacidades para vivir la sexualidad

El conocimiento de las diferentes dimensiones del hecho sexual humano, de los modelos de las relaciones sexuales y la adquisición de actitudes positivas y tolerantes contribuyen de forma decisiva a vivir mejor como personas sexuadas, pero no es suficiente, porque también es necesario adquirir las suficientes capacidades para hacer esto realidad.

Y son tres los aspectos fundamentales en el fomento de las capacidades para vivir mejor como personas sexuadas, sexuales y eróticas.

- a) Las habilidades para las relaciones de pareja.
- b) Las capacidades corporales.
- c) El ars amandi.

A) Las habilidades para las relaciones de pareja

La sexualidad es fundamental en las relaciones de pareja, y puede influir decisivamente en estas relaciones, y viceversa. Por tanto sexualidad y relaciones de pareja son una pareja - valga la redundancia - difícilmente separable. Por eso es fundamental adquirir habilidades para las relaciones de pareja. Comprender, comunicarse, resolver conflictos, etc., son capacidades que ayudan de forma importante a vivir mejor la pareja y por tanto la sexualidad. Una parte fundamental de la terapia sexual es terapia de pareja. Todos los que hemos tratado problemas sexuales lo sabemos.

Por tanto no tendría ningún sentido que en los programas de educación sexual y de promoción de la salud sexual no estuvieran presentes las habilidades para las relaciones de pareja. Es cierto que las probabilidades de quedarse solo aumentan con la edad, sobre todo en las mujeres, por su mayor esperanza de vida media - el 50% de las mujeres mayores de 60 años son viudas - pero también es cierto que cada vez es mayor la tendencia a admitir nuevas relaciones. La sexualidad es una puerta de entrada al otro, y de salida de una época de grandes soledades.

B) Las capacidades de dinámica corporal

Somos cuerpo y carne, cuerpo y carne sexuados hasta la médula, desde el origen hasta el fin de un proceso que se confunde con nuestra vida; sexuación que se vive y se expresa, y del modo de vivirse y de expresarse brota la sexualidad (Martín-Peñasco, 2002).

Hay quien puede tener la pretensión de aprender a Jugar al tenis leyendo un manual, pero la mayoría veríamos esto ridículo, porque asumimos que un manual de tenis sólo puede servir de ligera orientación para quien no puede costearse un profesor, y que lo fundamental es pasar muchas horas en una pista entrenando y jugando. En cambio son muchas las personas que pretenden descubrir los secretos de la sexualidad y convertirse en expertos conductores de encuentros sexuales leyendo un manual.

Por otro lado para ganar un partido de tenis todos sabemos que no solamente basta con conocer los fallos y habilidades del contrario, sino que es necesario desarrollar las propias capacidades para manejar la raqueta y dirigir la pelota hacia lugares adecuados, de tal forma que bote dentro de los límites reglamentarios y a la vez le resulte difícil o imposible devolverla al contrario. Y sin embargo, la mayoría de los aspirantes a convertirse en expertos "amantes" están obsesionados fundamentalmente en la búsqueda de los secretos y resortes de placer del otro, olvidándose en muchas ocasiones de sus propias necesidades y capacidades.

El cuerpo es el objetivo, pero sólo el ajeno, quedando el propio postergado y abandonado. Entendiendo, claro está, que jugar al tenis no es lo mismo que una relación sexual, el ejemplo puede poner de manifiesto las contradicciones que inundan nuestra visión sobre las relaciones sexuales, nuestros esquemas de actividad sexual, y también nuestra concepción y práctica de la educación sexual y de la terapia sexual.

En nuestra cultura, los cuerpos a la vez que han ido creciendo en peso y estatura han empequeñecido en capacidades sensoriales y expresivas (Laín Entralgo, P., 1989). Las tensiones del vivir cotidiano se transforman en tensiones musculares y en bloqueos. Las experiencias tempranas frustrantes de la necesidad comunicativa innata van empobreciendo la sensibilidad, la flexibilidad y la expresividad, y encorsetando el flujo de la energía corporal. Poco a poco, los movimientos cada vez son más estereotipados. La creación de movimientos se hace difícil. La piel se va insensibilizando. Y, en suma, se van atrofiando las capacidades para expresarse, para sentir, para sentirse, para abandonarse a las sensaciones, para jugar con la propia energía, y por tanto para comunicarse.

Todo esto se agrava con la nueva cultura del "eros electrónico", en la que el biosedentarismo, favorecido por la televisión, los chats, los e-mails, los sms, y en general todas las nuevas tecnologías que fomentan relaciones acorpóreas y que parecen converger en la devaluación del cuerpo y en una amputación de nuestros campos sensoriales (Gubem, R., 2000). Todo esto proporciona una enorme resistencia para comenzar a trabajar con el propio cuerpo, porque se presiente como una dura y difícil

tarea.

La búsqueda de las vibraciones perdidas, la recuperación de los espacios internos y externos, la superación de la inflexibilidad, de la rigidez, del "no puedo" y del "no debo", y el aprendizaje de la armonía y del ritmo, resulta un objetivo demasiado comprometido y aparentemente inalcanzable. Por eso es muy importante que el trabajo en dinámica corporal tenga una adecuada introducción, ya que si logramos vencer los primeros miedos y las primeras resistencias y recelos, habremos dado un paso de gigante, porque una gran cantidad de fracasos y abandonos en dinámica corporal ocurren en esta fase inicial (Kesselman, S., 1985).

Las personas mayores en nuestra sociedad saben mucho de la represión de sus cuerpos. Para todos, pero sobre todo para ellos, es importante recobrar o enriquecer el dinamismo profundo de la persona, penetrando en un mundo casi olvidado o perdido por los hábitos estereotipados de una cultura represora del cuerpo, sus vivencias, su expresión, su energía y su sensibilidad.

C) El ars amarsi

Dice Erich Fromm en el comienzo de su obra *El arte de amar*: "¿Es el amor un arte? En tal caso requiere reconocimiento y esfuerzo. ¿O es el amor una sensación placentera, cuya experiencia es una cuestión de azar, algo con lo que uno tropieza si tiene suerte?". Y a continuación advierte que su obra trata de la primera premisa (Fromm, E., 1956).

Bien, pues también aquí se trata de la primera premisa. El amor y la vivencia de la sexualidad es una ciencia, pero también es un arte, y como todo arte para ejercerlo es necesaria la capacidad innata, pero también la aprendida. Y por tanto, en ese aprendizaje hay mucho margen de mejora, a partir de las habilidades y capacidades naturales de cada persona. Sobre todo, cuando esas habilidades han sido ampliamente cercenadas por una cultura sexofóbica. Y además para los mayores el entrenamiento en este arte puede ser un elemento fundamental en lo que tanto énfasis se pone hoy en el envejecimiento activo, tan importante para la salud de la madurez.

Las habilidades de seducción, el conocimiento y el fomento del deseo, las técnicas amatorias, el enriquecimiento de reducido esquema de actividad sexual, trazado por el modelo occidental de relaciones sexuales, el fortalecimiento de los afectos y los apegos, son elementos importantes en el ars amandi. Y todo esto ¿quién lo hace? Sólo un pequeño apunte: en el primer enfoque, sobre valores y actitudes, están implicados padres, educadores, medios de comunicación, sanitarios, cuidadores y todas las personas

que desde sus actitudes, conductas, reacciones y discursos puedan generar mensajes e improntas que son capaces de influir en niños, jóvenes y mayores. En el segundo enfoque, sobre conocimientos y capacidades, tienen un papel fundamental educadores y profesionales de la sexología. Estos últimos tienen mucho que aportar sobre todo en la estructuración metodológica de la educación sexual y la sociedad ha de darles mucho más protagonismo del que actualmente tienen, para la formación del resto de profesionales, y personas que puedan estar implicadas en la educación sexual y en la promoción de la salud sexual.

3.3. Matices y peculiaridades de la educación sexual para mayores

Si bien es cierto que hacer demasiadas diferencias, entre las diferentes edades, a la hora de abordar la educación sexual puede contribuir a ahondar en los mitos marginadores de la sexualidad de los mayores, hay que tener en cuenta varios matices y peculiaridades.

3.3.1. Un currículum de represión sexual

En primer lugar, el colectivo de mayores es sin duda quien más ha sufrido los efectos de una cultura sexofóbica, porque en la actualidad, sin dejar de serlo, esta sexofobia está más aliviada, que en los años en los que ellos fueron jóvenes. Los miedos sobre los peligros físicos potenciales de la sexualidad, como es el caso de la masturbación, seguramente tuvieron en ellos un efecto más devastador. La represión religiosa y política de la sexualidad fue entonces especialmente dura. Las posibilidades de tener relaciones sexuales libres de coacción o de prohibiciones eran bastante escasas cuando fueron jóvenes. El impacto de los mitos y de los tabúes sobre la vida sexual ha sido bastante más acusado en las generaciones que ahora constituyen o van próximamente a constituir el colectivo de mayores.

Los obispos afirmaban en la España franquista que el 99% de los condenados al infierno lo habían sido por falta al sexto mandamiento. El cardenal Pedro Segura y Sáez, que consideraba a Franco "blando frente al mal" declaró el baile agarrado pecado mortal (Tejada, L. A., 1977). En algunas zonas rurales se impusieron costumbres como por ejemplo que si una mujer no tenía éxito con su primer novio no podía volver a intentarlo con otro. Hasta tal punto llegó la intromisión de la Iglesia en el control de la moral que crearon una "línea de bañadores" para que la mujer española no enseñase carne en la playa.

Se llegó a desaconsejar la comunión o incluso la entrada en la Iglesia a los esposos en los días en que hicieran el amor. Igualmente se prohibía la relación sexual a los cónyuges

en ocasión de las festividades litúrgicas y durante toda la cuaresma. Se recomendaba asimismo a novios y esposos que se separaran en los actos de tipo religioso. La mujer es considerada el "sexo débil". En coherencia con este pobre concepto sobre la mujer, se alejó del contacto con los hombres relegándola al trabajo del hogar. La ley de ayuda familiar - vulgarmente "puntos" - de marzo de 1946 castigaba el trabajo de la mujer casada fuera de su domicilio, con la pérdida del plus familiar.

El tema de la masturbación era obsesivo en aquella época. Yo estuve cuatro años interno en los salesianos de Úbeda - Joaquín Sabina era compañero de clase y nos repetían continuamente que la masturbación afectaba a la médula espinal y que producía calvicie. Por cierto, ni Joaquín Sabina ni yo estamos calvos.

Se prohibieron los anticonceptivos, por la ley de protección de la natalidad (14 de enero de 1941), que castiga "la divulgación pública en cualquier forma que se realizare, de medios o procedimientos para evitar la procreación, así como todo género de propaganda anticoncepcionista".

El cardenal Plá y Deniel manifestó en cierta ocasión su desagrado por el uniforme utilizado por los "Flechas" y "Cadetes" en la demostración del Frente de Juventudes de Toledo. El pantalón corto de los chicos podía - en opinión del cardenal - excitar las pasiones de las muchachas espectadoras. Hasta el Consejo de Ministros llegó una petición del Obispo de Canarias, monseñor Pildain, para que retiraran del Estado de la Juventud de Las Palmas, unas "impúdicas" estatuas que reproducían esculturas clásicas de atletas desnudos, como el Discóbolo de Mirón.

A las mujeres se les prohibía entrar en la iglesia sin medias y con los brazos al aire, aparte del preceptivo velo. Para evitar problemas con el párroco y demasiados cambios de ropa, en verano vestían de manga corta, pero llevaban en el bolso hasta la puerta del templo los populares "manguitos", mangas supletorias inventadas ex profeso. Éstas son unas breves muestras de lo que estas generaciones sufrieron, y que sin duda tienen una repercusión, matizada por los años, pero claramente negativa en la sexualidad de los mayores en la actualidad.

3.3.2. El ninguneo y la marginación actual de su sexualidad

A esos antecedentes se añade una situación que en la actualidad, a pesar de que la sexualidad está bastante menos reprimida en general, para los mayores sigue siendo motivo de marginación, mitos y tabúes.

Veamos algunos de estos mitos:

- Los mayores no tienen intereses sexuales.
- Los mayores no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales, aunque lo deseen. Se asocia envejecimiento con enfermedad.
- Los que se interesan por la sexualidad son perversos o están enfermos.
- Las manifestaciones sexuales patológicas y desviaciones son más frecuentes en estas edades.
- La actividad sexual es mala para la salud en la vejez.
- La procreación es el único fin de la sexualidad y por tanto no tiene sentido que en la vejez se mantengan relaciones sexuales.
- La esposa debe ser más joven o de igual edad que el esposo.
- Los hombres mayores sí pueden tener intereses sexuales pero las mujeres mayores no.
- Las personas mayores no son físicamente atractivas, luego no son sexualmente deseables.
- Es indecente y de mal gusto que los mayores manifiesten intereses sexuales calificándolos de "viejos verdes".
- La vida sexual de una mujer termina con la menopausia.

Aunque muchos de estos mitos pueden sonar a obsoletos, desgraciadamente siguen ampliamente arraigados en nuestra sociedad, dificultando de forma importante que las personas mayores puedan vivirse bien como personas sexuadas. Y esto afecta a todos los estratos de nuestra sociedad: la ciudadanía, las instituciones, los servicios públicos, etc. La mayor parte de los proyectos de educación sexual o de promoción de la salud sexual que se realizan están dirigidos fundamentalmente a jóvenes, algunos a colectivos femeninos, pocos a personas con discapacidades, y prácticamente ninguno a los mayores, que son los grandes olvidados, en una materia que ya de por sí es a su vez la gran olvidada. Esto más que una dificultad a veces puede ser una oportunidad, porque a pesar de todo es una necesidad, que no suele explicitarse, pero que cuando se suscita encuentra una más que notoria aceptación.

3.3.3. La desproporción entre el número de hombres y mujeres

La desproporción entre hombres y mujeres va aumentando con la edad. El número de mujeres sin pareja es cuatro veces superior al de los hombres, esto está determinado por el hecho de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres. El estado de viudez es más femenino que masculino. Esto está unido a factores tales como los convencionalismos sociales respecto a la edad de sus esposos, la rígida moral sexual y el hecho de estar socialmente más desvinculadas, lo cual reduce las posibilidades para conocer nuevas personas y establecer nuevas relaciones (Santos, M. D., 2001).

La concepción de "viuda alegre" sigue de alguna manera planeando sobre las vidas de muchas mujeres mayores. Esto supone un elemento importante a tener en cuenta a la hora de plantear cualquier acción de promoción o educativa, encaminada a mejorar la vida sexual de los mayores. Es una realidad que a veces es difícil de soslayar, y que dificulta todo el trabajo, sobre todo a la hora de que éste se plasme en realidades cotidianas, por la falta de pareja o de posibilidad de encontrarla.

3.3.4. Patologías crónicas más presentes en los mayores

Un aumento de las patologías crónicas neurológicas, cardiovasculares, osteoarticulares, metabólico-endocrinas, urológicas, etc., determina, por encima del descenso fisiológico de la edad avanzada, invalideces y limitaciones que hay que tener en cuenta cuando intentamos programar actividades de promoción de la salud sexual con ellos.

Y esto hay que tenerlo en cuenta por diferentes motivos:

Los miedos, los sentimientos de incapacidad - a veces muy por encima de la realidad - que disuaden e intimidan, y que dificultan la decisión de participar o la participación libre de prejuicios en estas actividades.

Los efectos de las propias incapacidades que, aún libres de prejuicios, dificultan la realización de dichas actividades.

-La necesidad de adecuar estas actividades, para que puedan ser útiles en la vida cotidiana de los mayores, teniendo en cuenta sus diferentes dificultades.

-Y a pesar de todo esto, no llevar ideas preconcebidas que generalicen un prejuicio de discapacidad para toda persona mayor, ya que una gran parte no la sufren.

Esta es una dificultad, pero también es un reto, para salir de la excesiva genitalización de la sexualidad, que perjudica muy especialmente a estas personas, y proponer una sexualidad menos localizada en los genitales. Por otro lado es un elemento a tener en

cuenta en la estructuración de las sesiones, que no han de ser demasiado largas, ni demasiado expositivas, sobre todo con presentaciones visuales con texto pequeño. Y por supuesto han de ser lo más participativas posibles. Esto evita el cansancio, el sobreesfuerzo visual o intelectual y el abandono de las sesiones.

3.3.5. Las condiciones de vida de los mayores

En muchas ocasiones las condiciones de vida de los mayores suponen una dificultad añadida, que influye negativamente en sus posibilidades de realizar cualquier actividad sexual, y de vivir la propia intimidad, algo indispensable para desarrollarse como personas sexuadas. Son muchos los domicilios en los que conviven varias generaciones afectando negativamente la privacidad. En otras ocasiones, los domicilios son antiguos, deteriorados y con una infraestructura poco adecuada. Una gran cantidad de personas mayores viven en residencias y, desgraciadamente, la mayor parte de ellas tiene una infraestructura que se olvida de la intimidad de las personas que viven en ellas.

Siempre me llamó la atención que las residencias de mayores, incluidas las de más creciente creación, obligan a compartir habitación a las personas del mismo sexo que no tienen pareja, rompiendo absolutamente con uno de los bienes más preciados que tenemos los seres humanos, que es nuestra intimidad. Es posiblemente la señal más evidente del desprecio de las instituciones, y de la sociedad en general hacia la intimidad y la sexualidad de las personas mayores, y una de las causas más frecuentes de la negativa de muchos mayores a ingresar en estas instituciones. No obstante, muchos de ellos se ven obligados a ingresar en estas instituciones que tienen a veces bastante calidad en otros aspectos pero que fallan estrepitosamente y yo diría que de forma cruel en la calidad de la vida íntima. Y sin duda esto dificulta la actividad sexual de las personas internas que no tienen pareja, pero que pueden encontrarla, incluso dentro de la misma institución.

3.3.6. El tiempo libre de los mayores

No todo son obstáculos en la sexualidad de los mayores. La jubilación tiene algo de júbilo: es el tiempo de recuperar el tiempo. De recuperar el tiempo perdido para uno mismo, y dedicado a producirle a la sociedad. Aficiones y actividades, que quedaron relegadas pueden recuperarse. Y por supuesto también puede ser el tiempo de retomar una sexualidad más relajada, sin prisas, sin "apretones hormonales", con conocimiento, con madurez y con ¡tiempo! Tiempo de replanteamientos, tiempo de renacimientos, tiempo de recuperaciones, tiempo de saborear la vida. Y resulta cruel que nos empeñemos en ponerle zancadillas a la sexualidad de los mayores, cuando tienen todo el

derecho y también la oportunidad de disfrutarla ampliamente, de reaprenderla, de deconstruirla y montar de nuevo las piezas, "al gusto".

Esa es la tarea, ese el reto, eso constituye un trabajo que los que tenemos la experiencia de haberlo realizado sabemos que es inmensamente satisfactorio tanto para quien lo hace como para quienes lo reciben. Éstos acaban descubriéndose como verdaderas esponjas, ávidas de ese líquido que supone el conocimiento del hecho sexual, el replanteamiento de actitudes, y el descubrimiento de las propias capacidades sexuales seductoras, amorosas y placenteras. Ávidas de exprimir la vida.

3.4. Desarrollo de programas de promoción sexual para mayores

Lógicamente, para hacer frente a ese reto, es necesario desarrollar programas para ello, algo, que es para nuestra sociedad una verdadera asignatura pendiente, y en lo que hasta hoy se han hecho muy pocos proyectos en el mundo occidental. En la comunidad autónoma andaluza sí se ha desarrollado un proyecto, que yo he dirigido y que creo que puede ser un buen referente de futuro para el desarrollo de otros. Este proyecto se inició precisamente con los objetivos que aquí proponemos y tuvo un desarrollo bastante discreto, desde el punto de vista mediático, para no suscitar rechazos, pero bastante ambicioso, desde el punto de vista de lo realizado. Tomando como referente veamos cómo elaborar un programa de promoción de la salud sexual para mayores. El marco teórico dentro del cual se desarrolla es el modelo que se esquematizó en la figura 3.2.

3.4.1. Objetivos del programa

El objetivo general es mejorar la salud sexual de los mayores y los objetivos específicos son los siguientes:

- a) La promoción de entornos favorables para la salud sexual de los mayores, sensibilizando:
 - 1. A la ciudadanía.
 - 2. A los profesionales.
 - 3. A los agentes sociales.
- b) La formación a profesionales cuyo desempeño esté relacionado con la atención a personas mayores.

- c) La realización de una serie de actuaciones posteriores, dirigidas a las personas mayores como la realización de talleres presenciales en los espacios habituales que comparten y el desarrollo de un entorno web colaborativo.

3.4.2. Líneas de acción

En función de los objetivos planteados se derivan unas líneas de acción:

- a) Promover entornos en los que las personas puedan elegir la opción más saludable respecto a su sexualidad (entorno familiar, centros y residencias, en la comunidad, etc.).
- b) Sensibilizar a la ciudadanía, a los diversos colectivos profesionales y a los agentes sociales involucrados en la atención a las personas mayores, mediante estrategias de comunicación.
- c) Fomentar la participación de las personas mayores en las actividades promotoras de la salud sexual, tanto en el plano individual, como en el plano colectivo.
- d) Promover líneas de investigación sobre salud sexual en mayores.
- e) Incorporar la salud sexual a la práctica clínica.

JCapacitar a los grupos profesionales y agentes sociales implicados mediante diversas estrategias formativas y el fomento de las buenas prácticas.

La duda es por dónde comenzar, porque el objetivo de promover entornos favorables para la salud sexual de los mayores pasa primero por sensibilizar a la ciudadanía y a los diversos agentes sociales mediante el desarrollo de estrategias de comunicación. Y claro está, esto es una tarea a largo plazo, porque el cambio de actitudes no es algo que pueda producirse en poco tiempo.

Y además es muy probable que estas estrategias de comunicación sobre temas sexuales despierte rechazos, controversias y debates sociales y políticos. Por la experiencia acumulada, estas estrategias, en muchas ocasiones, han tenido un efecto paralizador de programas y proyectos que giran en torno a la sexualidad.

Sin duda esto sería lo ideal, pero si queremos hacer factible el programa, dada la especial capacidad de producir rechazo de todo lo relacionado con la sexualidad, es mejor optar por comenzar de forma más localizada y dirigida exclusivamente a los profesionales directamente relacionados con la atención a las personas mayores:

-Profesionales sanitarios de atención primaria.

-Profesionales que trabajan directamente con los mayores en centros de día y residencias.

Y desde luego no hay mejor forma de sensibilización que la formación, que además de cumplir con el objetivo sensibilizador cumple también con un objetivo de capacitación para trabajar directamente en la promoción de la salud sexual en las personas mayores, lo cual ayuda también a fomentar la participación de las personas mayores en las actividades promotoras de la salud sexual. También ayuda a promover líneas de investigación sobre salud sexual en mayores e incorporar la salud sexual a la práctica clínica.

Por tanto el primer paso es diseñar un plan de formación. En el caso del Plan Andaluz de Promoción de la Salud Sexual para Mayores, que yo coordiné por encargo de la Consejería de Salud, y que fue realizado y organizado por la Fundación Pública Andaluza IAVANTE, así fue.

3.4.3. Plan de formación de profesionales

El desarrollo de este plan dependerá del número de profesionales que se desee formar.

En el caso de la comunidad autónoma se aspiraba a formar al mayor número posible de profesionales para poder poner en marcha algunas de las líneas de acción: sensibilización de profesionales, promover líneas de investigación sobre salud sexual en mayores e incorporar la salud sexual a la práctica clínica. Pero por otro lado, era importante también formar a un grupo más reducido de profesionales que lideraran el proceso y que cumplieran un papel de formador de formadores.

Por esto se diseñaron dos niveles de formación:

A)Básico: formación on line (e-learning).

B)Avanzado: formación on line (e-learning) y presencial.

A) Curso básico on line

Objetivos:

a)Dotar de conocimientos a profesionales de atención primaria para abordar en su

trabajo los temas de salud sexual.

- b)Adquirir habilidades para abordar la salud sexual dentro del contexto de la educación para la salud.
- c)Capacitar para abordar los problemas sexuales como primer escalón en el proceso asistencial.
- d)Capacitar para la prevención, el diagnóstico y el abordaje del maltrato y de las ITS.
- e)Capacitar para la promoción de la salud sexual en colectivos específicos.
- j)Capacitar para la promoción sexual en las personas mayores.
- g)Introducir la variante de la salud sexual en la formación integral e integradora del profesional de atención primaria.

Metodología:

- A través de eventos formativos e-learning o teleformación desarrollados vía Internet, con teletutores expertos en sexología.
- Una duración de 100 horas desarrolladas durante tres meses a través de una plataforma moodle.
- 600 alumnos por curso. 60 teletutores y 5 coordinadores. 6 salas virtuales.
- 2 cursos con un total de 1.200 profesionales formados, provenientes del sistema sanitario y un reducido cupo de servicios sociales.

Contenidos:

- Cinco bloques temáticos, con dos temas por bloque:
 - 1.Salud sexual: aspectos biopsicosociales.
 - 2.Promoción de la salud sexual y calidad de vida.
 - 3.Salud sexual: pareja y aspectos relacionales. Variabilidad sexual. Promoción de la Igualdad. Prevención de la violencia sexual y de la violencia contra las mujeres.

4. Valoración de la salud sexual.

5. Intervención en salud sexual. Problemas sexuales.

B) Curso presencial de formación avanzada

Dirigido a 2 grupos de 30 de profesionales. Como el programa se repitió dos veces se formaron un total de 120 profesionales.

Repartidos equitativamente por áreas sanitarias y centros de mayores.

Objetivos:

- a) Dotar de conocimientos a los profesionales para programar talleres con personas mayores.
- b) Adquirir habilidades para abordar la salud sexual dentro del contexto de la Educación para la Salud.
- c) Adquirir habilidades en técnicas de animación de grupos.
- d) Capacitar para desarrollar actitudes positivas en relación con todas las dimensiones del hecho sexual humano.
- e) Adquirir habilidades para mejorar las actitudes y aptitudes corporales, para una vivencia satisfactoria de la sexualidad, más allá de lo meramente genital.
- j) Capacidad para la promoción de la salud sexual en colectivos específicos.

Metodología:

- Trabajo en actitudes sexuales.
- Técnicas de animación grupal.
- Metodología en programación de talleres.
- Habilidades en relaciones de pareja.
- Técnicas de asesoramiento en relaciones sexuales.
- Técnicas de dinámica corporal: expresión corporal, bioenergética y sensibilización

corporal.

Contenidos: Seis talleres presenciales de 20 horas de duración cada uno (120 horas en total).

Primer taller:

- El hecho sexual humano.
- Trabajo en actitudes sexuales.

Segundo taller:

- Programación de talleres de salud sexual con personas mayores.
- El trabajo de la sexualidad con personas con enfermedades crónicas o con discapacidad.

Tercer taller:

- Habilidades en las relaciones de pareja.
- Relaciones sexuales: asesoramiento.

Cuarto taller:

- Introducción a la dinámica de grupos.
- Introducción a la relajación.

Quinto taller:

- Exploración de los sentidos.
- Introducción a la dinámica corporal: expresión corporal.

Sexto taller:

- Técnicas de seducción.
- Avanzar en dinámica corporal: bioenergética, caricia y masaje sensitivo.

C) Una formación de profesionales como base del programa

La formación estructurada en dos niveles redondea un importante grupo de profesionales distribuidos proporcionalmente por distritos sanitarios y por unidades de gestión clínica, y también por centros de mayores.

Con un total de 1.200 profesionales con formación básica y 120 profesionales con formación básica y avanzada. Estos últimos son los encargados de liderar en los distritos y en los centros de mayores las acciones directas sobre las personas mayores.

En la formación avanzada se pone mucho énfasis en los contenidos encaminados al trabajo directo en los talleres con mayores con dos objetivos: trabajar las actitudes, y trabajar las habilidades y las capacidades sexuales.

También estos profesionales salen preparados para formar a otros profesionales, para añadirlo al grupo de los que trabajen directamente con mayores.

3.4.4. Los talleres con mayores

Una vez terminada la formación presencial de los profesionales, comienza el trabajo directo con las personas mayores, con la realización de un primer taller por cada uno de los profesionales formados, como parte de la formación.

Una forma de prácticum final de la formación realizada.

Este primer taller es un taller protocolizado, y tutorizado por los profesores. Para la realización de estos talleres se elabora un maletín de apoyo, con los siguientes contenidos:

- 1.Un libro manual para realizarlo, elaborado por los profesores, con la descripción pormenorizada del taller a realizar, paso a paso, fotos y dibujos incluidos.
- 2.Un DVD, con una película realizada por los profesores y actores mayores, para recordar todas las técnicas aprendidas durante la formación, y con los power points y vídeos didácticos para utilizar en los talleres.
- 3.Un ejemplar del Plan Andaluz de Promoción de la Salud Sexual para Mayores.
- 4.Materiales necesarios: música libre de derechos de autor, aceite corporal especial elaborado por la Universidad de Almería, etc.

Para la entrega de dicho maletín y las instrucciones para utilizarlo se hizo una jornada especial, con todos los profesionales que habían realizado la formación avanzada.

A)Objetivos de los talleres

- a)Hacer que las personas mayores tomen conciencia de cómo vivieron su sexualidad en el entorno de la sociedad represiva de su época.
- b)Hacer entender que la sexualidad es un valor.
- c)Favorecer el reconocimiento de conductas sexuales no genitales.
- d)Reconocer los cambios de actitud respecto a las sexualidad que se experimentan a lo largo de la vida, y compartirlos invitando a reconocer lo positivo de cada momento.
- e)Aprender a escuchar el cuerpo y relajarse.
- J)Estimular la expresión de afectos y sentimientos, compartiendo experiencias.
- g)Tomar conciencia del esquema corporal y trabajar aceptación de la imagen corporal.
- h)Valorar la importancia de los sentidos en los procesos de desarrollo personal.
- i)Desperezar el cuerpo, para iniciar el trabajo en dinámica corporal.
- j)Desbloquear la capacidad expresiva, ayudando a conseguir un control consciente de esta capacidad, no cohibiéndola y limitándola.
- k)Recuperar la capacidad de sentir y de comunicarse a través de la piel.
- l)Favorecer una conducta relacional desde el contacto y la ternura, tomando conciencia del hecho de dar y recibir.
- m)Aumentar el bienestar de la pareja aprendiendo la reciprocidad positiva y los elementos facilitadores de la comunicación.
- n)Aprender habilidades de la inteligencia emocional y a transmitir emociones como un recurso fundamental para el bienestar psicológico.
- o)Entender la seducción como un estilo de comunicación, basado en el aprendizaje emocional

B)Metodología

- Los talleres con mayores están diseñados con una duración total de 15 horas: 7 sesiones de dos horas, excepto la última con una duración de tres horas para hacer el cierre y la evaluación.
- Talleres fundamentalmente prácticos, con un papel muy activo de los participantes (entre 15 y 20 por taller).

C)Contenidos

- Primera sesión: El hecho sexual humano.
- Segunda sesión: Aprendizaje de la convivencia en pareja. Habilidades de comunicación.
- Tercera sesión: Inteligencia emocional y técnicas de seducción.
- Cuarta sesión: Respiración y relajación. Aprender a escuchar al cuerpo.
- Quinta sesión: Trabajo de las actitudes sexuales.
- Sexta sesión: Imagen corporal y exploración de los sentidos.
- Séptima sesión: Dinámica corporal, expresión corporal, bioenergética y sensibilización corporal. Evaluación.

D)Conclusiones

Todos estos talleres se realizaron en toda la comunidad autónoma, tras los cuales, se volvió a celebrar otra jornada de evaluación en la cual cada uno de los profesionales, expusieron su experiencia, de la cual se extrajeron las siguientes conclusiones finales:

1.Aspectos positivos:

- Satisfacción de asistentes y docentes.
- Han generado expectativas de continuidad.
- El acercamiento desde la consejería de salud a un tema que no es específicamente de enfermedad o patología.
- Gratificante y positivo tanto para los mayores, como para los centros y nosotros.

- Unificación de objetivos y expectativas.
- La información que se da se valora muy positivamente por parte de los mayores, debido a la desinformación general que tienen. Permite a los mayores exteriorizar y percibir algunos problemas y disfunciones que achacaban al proceso de envejecimiento.
- Programa muy completo y estructurado.
- Grupos muy participativos.
- Realización de dinámicas grupales frente a exposiciones teóricas.
- Adaptación del programa a las necesidades del grupo.
- Detección de problemas relacionados con la sexualidad de los participantes y sus repercusiones en su historia vital.
- Concienciación de los participantes de la importancia de la sexualidad en su vida diaria.

2. Cuestiones que han de tenerse en cuenta para el futuro desarrollo de otros talleres:

- Dificultades para adaptar los contenidos, al perfil de algunos grupos (p. ej., pocas parejas, amplio rango de edades...).
- A veces desajustes de las expectativas de los usuarios con respecto a los contenidos del taller.

Guía muy útil y completa pero es necesario adaptar los contenidos al grupo.

Recursos audiovisuales con sonido de mala calidad. Mejorarlos.

- Valoración muy positiva con respecto a la parte dinámica y participativa, frente a las exposiciones teóricas. Potenciar más éstas.
- Captación buena cuando se contaba con la colaboración de alguien conocedor del entorno.
- Falta de recursos materiales para llevar a cabo las dinámicas (p. ej., colchonetas).
- Espacio físico no adecuado en muchas ocasiones.

-Duración de las sesiones excesiva para ciertos grupos.

Como vemos, el desarrollo de los talleres con mayores fue muy satisfactorio y además sirvió para darnos cuenta de los aspectos que había que mejorar y que tener en cuenta en el trabajo de la educación sexual para mayores.

3.4.5. Una asignatura pendiente

La necesidad, la oportunidad y la trascendencia de planificar proyectos de educación sexual y promoción de la salud sexual para mayores, queda ampliamente demostrada con esta experiencia. Por tanto podemos hablar claramente de una asignatura pendiente, ya que es casi una experiencia única en su amplitud. Esta experiencia, la he querido describir, para que sirva de guía para otras experiencias. Aunque dependiendo de las necesidades, de los recursos, de la cantidad de población a la que se quiera llegar, se puede ir de lo macro a lo micro. De este proyecto se pueden extraer ideas, objetivos, metodologías, recursos, contenidos y secuencias, para construir puzles diferentes, para proyectos diferentes.

Proyectos que son bastante más útiles y necesarios, de lo que nuestra sociedad es consciente. Y además con un alto grado de satisfacción tanto para los responsables, como para los mayores que participan. Pero para ello es necesaria la concienciación y la formación de profesionales que puedan realizarlos. Desgraciadamente en muchas ocasiones se realiza este tipo de acciones con mayores, sin suficiente formación para ello, lo cual contribuye unas veces a la consolidación de mitos y creencias erróneas, otras veces a generar rechazos que impiden la realización de acciones posteriores, y otras veces a que realmente sirva para poco.

Este capítulo puede servir de marco referencial para realizar proyectos de educación sexual y de promoción de la salud sexual para mayores.

4

Enfermedad crónica y sexualidad

Establecer la ecuación vejez = enfermedad es un tremendo error porque, entre otras cosas, no se ajusta a la realidad. Pero sí es cierto que con el transcurrir de los años la aparición de enfermedades crónicas es más frecuente. Debe señalarse que no existen enfermedades propias de los mayores, aunque buen número de ellas presentan mayor prevalencia en esta edad y su expresión clínica es distinta a la de otras edades. Eso sucede, por ejemplo, con la demencia senil. Y esto es algo que lógicamente hay que tener en cuenta cuando pretendemos abordar la salud sexual de los mayores.

Los problemas osteoarticulares, cardiocirculatorios, neurológicos, endocrinológicos y metabólicos, genitourinarios, etc. son mucho más frecuentes en las personas mayores. La enfermedad en los mayores presenta unas propiedades que la diferencian significativamente de lo que acontece en otras edades. Estas propiedades son las siguientes:

- La pluripatología, ya que suelen ser diversos sistemas, órganos y funciones los que forman parte de la enfermedad.
- La multicausalidad, con un factor principal y varios secundarios, suele ser también frecuente en la enfermedad del mayor.
- La tendencia a la cronicidad, debido a la lentitud en la reparación de las lesiones y los trastornos funcionales, que no serán únicos, sino siempre diversos.
- El riesgo de invalidez, efecto de la dificultad de alcanzar el grado óptimo de recuperación funcional en las últimas fases de la enfermedad.
- - La especificidad terapéutica, basada en la vulnerabilidad de los mayores a los efectos iatrogénicos.

4.1. Prevalencia de las enfermedades crónicas en los mayores y su proyección en la salud sexual

La enfermedad crónica más frecuente en el anciano es la artrosis. Le siguen la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la depresión, la EPOC, la enfermedad prostática, el síndrome demencial, la diabetes, la arteriopatía ocliterarte, entre otras (Martín, F., 1990).

Entre los procesos invalidantes más prevalentes cuanto mayor es la edad del sujeto, hay que destacar la artrosis, que representa casi la mitad de todos los casos de incapacidad. El síndrome demencial es el siguiente, siendo causa de invalidez en un 40% de los que la padecen.

Con bastante menor prevalencia se encuentran las hemiplejias, las insuficiencias cardíacas y respiratorias severas, las arteriopatías ocliterantes y las amputaciones, la depresión y la obesidad.

4.1.1. La proyección de la enfermedad crónica en la salud sexual

Las enfermedades crónicas pueden afectar la salud sexual por múltiples razones, desde las meramente orgánicas, hasta las psicológicas. Cualquier enfermedad crónica, sea del origen que sea, acaba afectando a diferentes órganos y sistemas, y también acaba produciendo problemas sociales, laborales, familiares, de pareja y de autoestima. Y esto ineludiblemente afecta también a la vida sexual. Hay que tener en cuenta que a veces los indicios de organicidad en una disfunción no deben sobrevalorarse, siendo muchas veces el componente psicológico fundamental, a pesar de estos indicios. Por todo esto, resulta muy difícil y discutible el etiquetado etiológico de una disfunción sexual.

La importancia y valoración de los hallazgos orgánicos en las disfunciones sexuales se debería enfocar siempre desde una perspectiva fundamentalmente sexológica. La médica y la psicológica suelen estar casi siempre escoradas hacia uno u otro lado. Por otro lado hay que tener en cuenta que la frontera entre lo orgánico y lo psicológico cada día es menos clara.

Todos sabemos el importante papel que los neurotransmisores juegan tanto en las alteraciones orgánicas como en las psicológicas, y también por tanto en las disfunciones sexuales. Es un tema que está en pleno desarrollo y cada vez resulta más importante en el estudio de la fisiología sexual, y también se está convirtiendo en el definitivo argumento para la comprensión de la profunda fusión entre lo somático y lo psicológico.

Para ver qué tipo de alteraciones morfoanatómicas o fisiológicas que desde una enfermedad crónica pueden influir en la respuesta sexual, hemos de recordar los principales sistemas del organismo que intervienen en ella. Desde el punto de vista

fisioanatómico la respuesta sexual es fundamentalmente de carácter neurovascular, aunque también cumplen un importante papel los sistemas endocrino y muscular.

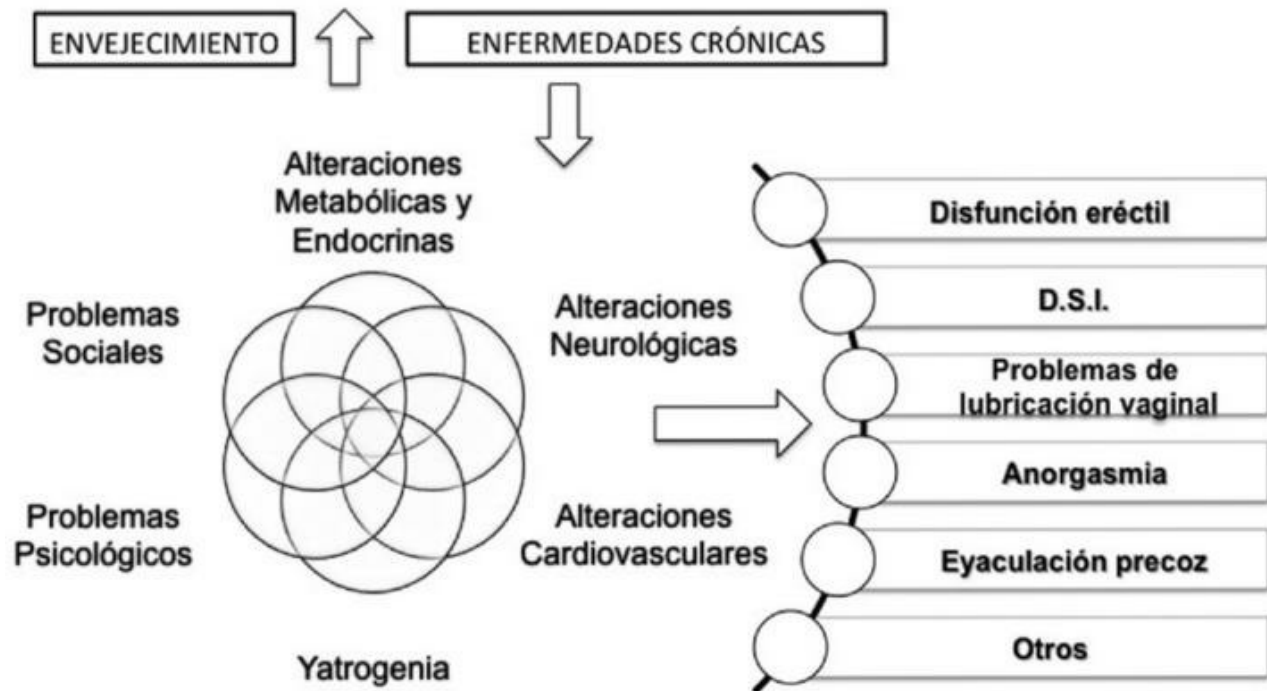


Figura 4.1. Enfermedades crónicas y función sexual.

Las disfunciones de etiología orgánica tendrán un origen neurológico, vascular, hormonal, metabólico, osteo-articular-muscular o genitourológico (figura 4.1). Por supuesto que podremos encontrar otras causas como alteraciones congénitas, infecciones y también iatrogénicas o tóxicas, aunque estas últimas suelen afectar a los sistemas ya referidos.

Pero sea como sea, siempre ha de tenerse en cuenta que la ansiedad de rendimiento, los problemas de autoestima, los miedos y otros muchos que acompañan a las enfermedades crónicas están ineludiblemente presentes. Es decir que siempre hay que tener en cuenta el factor psicosocial como un elemento casi omnipresente.

4.2. Problemas osteoarticulares en los mayores y sexualidad

Los problemas osteoarticulares pueden afectar de forma importante la movilidad, y por tanto presentar dificultades para la función sexual. Los problemas osteoarticulares que con más frecuencia afectan a las personas mayores son la artrosis (osteoartritis) y la osteoporosis (que acaba traduciéndose en fracturas y aplastamientos vertebrales).

4.2.1. Artrosis y sexualidad

La artrosis es la artropatía más común en los mayores, aunque no es exclusiva de éstos. Incidencia: el 80% de los individuos mayores de 70 años presentan la enfermedad, el 50% desarrollan síntomas, y las mujeres se ven afectadas en una proporción 2:1. En la artrosis se produce una destrucción del cartílago, seguido de esclerosis subcondral y formación de osteofitos grandes.

Se creyó que las articulaciones que soportan más peso eran las más afectadas, debido a la calcificación en las márgenes articulares. Al comienzo de las investigaciones se creyó en un proceso degenerativo por desgaste, pero luego se comprobó la misma osteoartritis en jóvenes y hasta en articulaciones de miembros amputados con gran anterioridad, por lo que se descarta la exclusividad de la etiopatogenia en la sobrecarga.

Actualmente se sabe de una predisposición genética comprobada en gemelos univitelinos para desarrollar esta artropatía que determina el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad. Clínicamente se caracteriza por presentar rigidez matinal, que cede con el comienzo del día y a veces sin problemas al estar en movimiento. Luego reaparece al terminar el día. Fundamentalmente se ven afectadas la cadera, la rodilla y la columna lumbar. No hay ninguna medida del todo satisfactoria para prevenir esta enfermedad, ni ningún método conocido para detenerla. La enfermedad es progresiva durante los restantes años de vida.

El dolor y la limitación de movimientos pueden afectar a la actividad sexual. Además, los problemas sociales y psicológicos que estas limitaciones conlleva también pueden contribuir negativamente (figura 4.2).

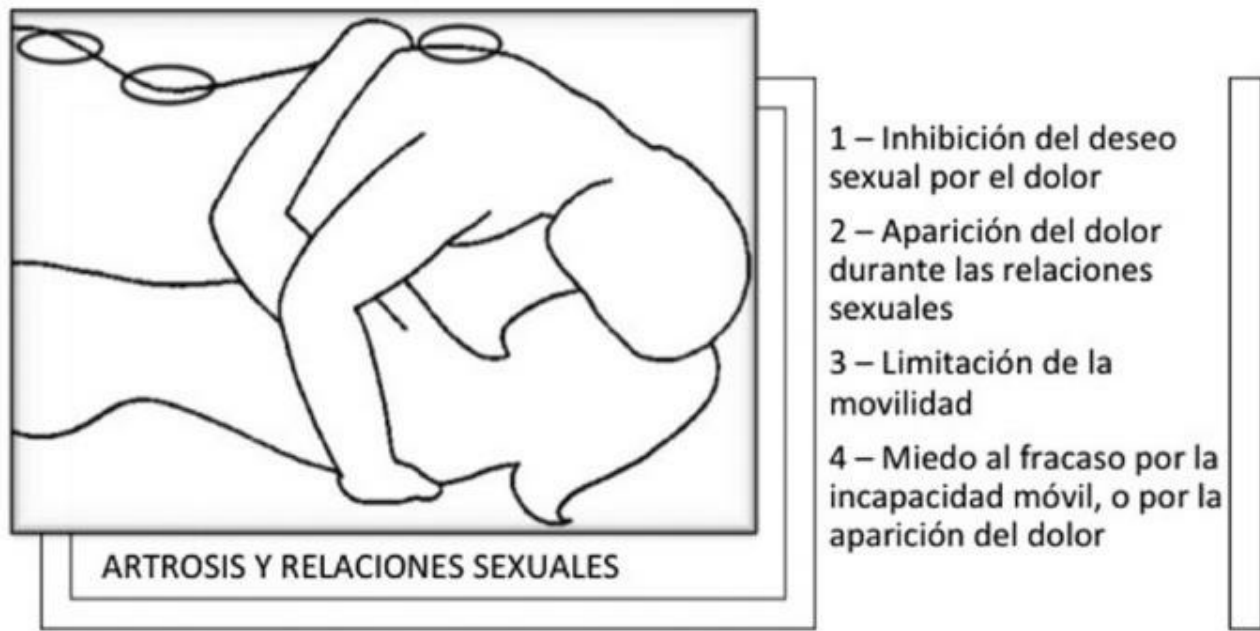


Figura 4.2. La artrosis y las relaciones sexuales.

Este dolor y estas limitaciones disuaden en muchas ocasiones el mero planteamiento de iniciar relaciones sexuales. Y en otras pueden interrumpir estas relaciones, fundamentalmente durante el coito, sobre todo si están afectadas las articulaciones de la cadera, de la rodilla o de la columna lumbar, que por otro lado son las más frecuentemente implicadas. Si el dolor es importante, puede ser por sí mismo un factor de disminución del deseo sexual. Otras veces, aunque no exista el dolor, el factor inhibitorio puede ser el miedo a que este dolor aparezca durante las relaciones.

Por tanto, para mejorar la vida sexual en personas con artrosis es precisamente sobre estos factores sobre los que hay prestar atención. En primer lugar, es cierto que la artrosis puede limitar la vida sexual, pero también lo es que la actividad sexual puede mejorar la artrosis, igual que lo hace el ejercicio físico controlado. Ese es el más importante mensaje que ha de llegar a los mayores con problemas articulares. En segundo lugar, la limitación de movimientos y el dolor hay que intentar paliarlos durante las relaciones sexuales. La Arthritis Foundation, hace varias recomendaciones:

- Sincronizar la toma de medicación con la actividad sexual, de forma que su efecto coincida con el momento de las relaciones sexuales.
- Adoptar posturas que no aumenten el dolor. Éstas dependerán de la localización de las articulaciones afectadas. A veces puede resultar necesario ayudarse con almohadas.

Pero lo que yo creo más importante es cambiar el modelo de relaciones sexuales. Las caricias y los masajes sensitivos no sólo no aumentan el dolor, sino que lo mejoran. Por tanto es importante dedicar más tiempo a esto que al coito, aunque, teniendo en cuenta los consejos anteriores, no hay que renunciar a éste.

Finalmente, la actividad sexual, con la liberación de endorfinas y con la satisfacción que produce, además de la movilización corporal relajada, acaba siendo una medida rehabilitadora de la artrosis.

4.3. Problemas neurológicos en los mayores y sexualidad

La enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson son las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes del mayor. Ambas son enfermedades del cerebro, de naturaleza degenerativa y curso crónico y progresivo. Hoy por hoy resultan incurables ya que los medicamentos y otras técnicas médicas disponibles sólo alivian o controlan temporalmente los síntomas pero no eliminan la causa que crea la enfermedad. Sus causas no están definitivamente establecidas y pueden ser múltiples, participando factores genéticos, excitotóxicos, estrés oxidativo, apoptosis, traumatismos encefálicos antiguos, exposición a tóxicos ambientales o a determinadas infecciones, etc. (Zarranz, J. J., 2000).

La enfermedad vascular cerebral representa la tercera causa de muerte en los países industrializados, por tanto las secuelas de los accidentes cerebrovasculares también constituyen un importante y frecuente problema neurológico en los mayores.

4.3.1. La enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el trastorno neurodegenerativo con mayor incidencia en la edad madura con más de 600.000 enfermos afectando al 6-8% de los mayores de 65 años. En el Alzheimer son propios los problemas mentales cognitivos que se conocen como "demencia": deterioro de memoria hasta amnesia, déficit de juicio y pensamiento, desorientación personal y temporoespacial, y el síndrome clásico de agnosia-apraxia-afasia: deficiencias en la capacidad intelectual de reconocimiento de objetos, pérdida de capacidad mental para realizar actividades, y déficit del lenguaje (Nee, L. E., 1997). El déficit de memoria declarativa suele ser uno de los síntomas más tempranos a través de los que se manifiesta clínicamente la enfermedad de Alzheimer y aumenta su gravedad con la progresión del mal hasta desembocar en franca amnesia generalizada.

En la enfermedad de Alzheimer los trastornos cognitivos no son reversibles ni suelen

mejorar substancialmente con la medicación ya que hay deterioro de las estructuras neurológicas cerebrales. Entre un 2 y un 15% de enfermos de Alzheimer presentan graves alteraciones de la conducta sexual (Alagiakrishnan, K., 2006). El 50% presentan otras alteraciones menos graves y el 70% muestran indiferencia hacia la actividad sexual. Hay evidencias de que existe una asociación entre las anomalías del comportamiento sexual en ancianos y la presencia de patología en lóbulo frontal y parietal (Stubbs, B., 2011). Aparte de los problemas que generan el desconocimiento y el rechazo a cualquier tipo de manifestación sexual de los enfermos de Alzheimer, de familiares, cuidadores y profesionales a su cargo (Tabak, N., 2006).

Aunque el papel de cuidador puede ser difícil para un cónyuge, no significa que el Alzheimer tenga que impactar siempre negativamente en la relación conyugal. Entender el papel que puede desempeñar intimidad para estas parejas y cómo podría contribuir a estrategias de supervivencia para las parejas afectadas, puede ser un potente complemento a otros tratamientos disponibles (Harris, S. M., 2011). La enfermedad de Alzheimer cambia la manera en que funciona el cerebro. Como consecuencia, el comportamiento sexual de una persona cambia también. Algunas personas pueden olvidarse de cómo comportarse en público y pueden desvestirse o tocarse frente a otras personas. Además, pueden usar palabras vulgares o ser sexualmente agresivas con su pareja u otra persona. En otros casos llegan a perder el interés en el sexo por completo.

Los cambios en la sexualidad en las personas con Alzheimer consisten en dificultades en la secuencia de pasos a realizar durante la actividad sexual, un gran espectro de conductas que van desde disminución o aumento de la actividad hasta conductas desinhibidas por el deterioro cognitivo grave por lo que pueden presentar conductas desinhibidas públicas como caricias íntimas, exhibición de genitales y masturbación, ya que la persona con Alzheimer mantiene la capacidad para sentir placer. Si ocurre hay que redirigir las conductas desinhibidas públicas (caricias íntimas, exhibición de genitales, masturbación) hacia lugares privados sin adoptar actitudes punitivas. Ante todo esto hay que tener en cuenta que estar cerca, tocar y abrazar es muy importante para las personas con la enfermedad de Alzheimer.

En muchas ocasiones, la persona está ansiosa y necesita confianza a través de la comunicación tierna y amorosa. En la medida de lo posible hay que continuar la vida sexual de la pareja. El acto de hacer el amor con su pareja habitual sigue siendo para él o ella un placer muy importante, por lo que es conveniente que se satisfaga este deseo. Si hay una disminución del deseo por parte de la pareja, no se debe considerar como una falta de amor sino como una consecuencia de la enfermedad.

La terapia sexual de apoyo puede ser útil para el cónyuge del paciente. Sobre todo, es importante que comprenda que la conducta del paciente es reflejo de su enfermedad, y no de una alteración que se haya producido en su relación. Si el cónyuge considera que no puede aceptar las demandas de mantener una relación sexual por parte del paciente, puede aconsejarse que las redirija hacia una mayor intimidad física, sin llegar necesariamente a la relación sexual. En otras ocasiones, la excesiva demanda de relaciones sexuales obedece a que el paciente olvida que ya las ha tenido recientemente, por lo que conviene recordárselo (Rabias, P. V., 1990).

4.3.2. La enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) aparece en el segundo lugar con cerca de 100.000 enfermos afectando al 1-2% de la misma población (Rodríguez del Álamo, A., 2002).

En la enfermedad de Parkinson resultan más típicos y evidentes los problemas de control de movimientos: temblores de reposo, rigidez muscular (hipertonía), lentitud en la ejecución de movimientos (bradicinesia) y en el inicio del movimiento (acinesia), alteración de reflejos posturales y del equilibrio con posibles caídas, parálisis de la marcha ocasionales (congelaciones) (Obeso, J., 1997).

En los enfermos de Parkinson se detecta con mucha frecuencia un síntoma cognitivo consistente en un enlentecimiento general de todas las funciones mentales. Se conoce como "bradipsiquia" a este síntoma y es muy típico de la EP y otras enfermedades subcorticales, encontrándose de forma significativa en un 70% de los parkinsonianos. En la enfermedad de Parkinson se producen con frecuencia alteraciones de la función sexual tanto en el hombre como en la mujer:

- Disfunción eréctil: en los hombres con enfermedad de Parkinson puede haber una prevalencia de disfunción eréctil entre un 60% y 85% (Brown, R. G., 1990). Los factores que pueden intervenir en esta alta prevalencia son las dificultades motoras, la medicación, la depresión y la disfunción del sistema nervioso autónomo, todos ellos propios de la enfermedad de Parkinson.
- Anorgasmia: las mujeres con enfermedad de Parkinson tienen una prevalencia de anorgasmias entre un 30 y un 40%, aunque el 75% experimentan un descenso en la frecuencia de orgasmos.
- Trastornos de la conducta sexual: algunas drogas, como la apomorfina, usadas en la enfermedad de Parkinson pueden producir alteraciones psicosexuales (Courty, E., 1997).

Las disfunciones pueden ser causadas por varios factores, incluyendo los niveles bajos de dopamina en el cerebro, el envejecimiento, menor capacidad para moverse, tipos de medicación y dosis, disfunción del sistema nervioso autónomo y problemas emocionales como la depresión y la ansiedad. La pérdida de los niveles normales de dopamina en el cerebro puede ser una causa importante de la inhibición del deseo en algunas personas con Parkinson. Porque la dopamina funciona en el cerebro como una especie de mecanismo de "recompensa" o "molécula de placer". La pérdida de dopamina puede dificultar el orgasmo. También se han encontrado niveles bajos de testosterona en algunos hombres con Parkinson.

La disfunción del sistema nervioso autónomo es común en el Parkinson y puede afectar el funcionamiento sexual. El sistema nervioso autónomo controla muchas de las funciones corporales que deban ocurrir automáticamente y fuera de nuestro control voluntario como el latido del corazón, presión arterial, cambios de flujo de sangre a un reto, algunos aspectos de la respiración y así sucesivamente. Y por supuesto, como pudimos ver, también controla todo el proceso de la respuesta sexual. Los problemas emocionales asociados con el Parkinson también pueden contribuir a la disfunción sexual. Depresión y ansiedad, por ejemplo, son comunes en la enfermedad de Parkinson.

Uno de los problemas asociados al Parkinson es la pérdida de la propia imagen, por la inmovilidad de la cara que produce la "cara en máscara" con ensanchamiento de las aberturas palpebrales y parpadeo poco frecuente; por el escape de saliva por la boca y la voz suave y monótona; y por la seborrea en la cara y el cuero cabelludo. Todo esto afecta profundamente a la autoestima, la imagen corporal y la capacidad comunicativa.

Para mejorar la sexualidad, por tanto, hay que tratar estos problemas, siendo muy importante el aseo diario de la boca, tratar la seborrea facial y del cuero cabelludo. Tomar un baño de agua caliente antes de las relaciones sexuales para relajarse, y mucho mejor si se hace un suave masaje por todo el cuerpo después. Conviene además primar las caricias y los besos sobre la relación genital.

4.3.3. La enfermedad cerebrovascular

En España afecta a unos 25.000 pacientes al año, con una prevalencia de 600800 casos/100.000 habitantes. En un 50% de los casos las secuelas no les permitirán una integración social completa (Roquer, J., 1999). Cursan con disfunciones sexuales entre el 60 y 70% de las mujeres y el 70 y 80% de los hombres de los que padecen esta lesión, estando más afectados los ictus que afectan al hemisferio derecho (Moraga, T. N., 1986). El DSI (Deseo Sexual Inhibido) es la disfunción más frecuente en estos enfermos,

siendo su etiología multifactorial. Con frecuencia, las personas que han padecido un ictus se preguntan si podrán volver a practicar relaciones sexuales, si la medicación dificultará su función sexual o si las relaciones sexuales pueden suponer un riesgo para que se produzca un nuevo ictus.

A menudo, las sensaciones de su cuerpo habrán cambiado: puede no sentir bien o no ser consciente de una parte de su cuerpo, la comunicación puede ser difícil y sus movimientos torpes. En primer lugar, aceptar estos cambios lleva tiempo y esfuerzo: hay que tener paciencia y terminar por aceptar que su cuerpo ha cambiado, pero que sigue siendo el suyo. Es muy importante que hable con su pareja. Los temores que no se expresan pueden llevar a evitar los encuentros íntimos y ello sólo desencadena ansiedad.

Ha de comprender que el temor a sufrir un nuevo ictus durante el acto sexual es generalmente infundado. Puede existir temor a ser rechazado por la pareja, debido a su apariencia tras el ictus. A menudo, la pareja piensa que el sexo puede hacerle daño. Es importante que estos temores se hablen con franqueza, ya que es la única forma de superarlos. Muchas veces, tras un ictus se produce un desinterés por el sexo, que puede ser debido a una depresión. Cuando tenga una relación sexual comience despacio, sin sentirse presionado, estando descansado y cuando se disponga del tiempo suficiente. Se recomienda haber vaciado previamente la vejiga.

Si su sentido del tacto se ha visto parcial o totalmente alterado, es mejor que su pareja se aproxime por el lado sano, de forma que pueda sentir el estímulo y responder adecuadamente. En ocasiones, algunas zonas pueden estar tan sensibles que el simple contacto le produzca dolor o sensaciones desagradables. Deberá indicar a su pareja qué le resulta agradable y qué molesto. La parálisis puede dificultar, pero no impedir, la relación sexual. Es aconsejable probar diferentes posturas, pudiendo ayudarse de almohadones.

4.4. Problemas cardiovasculares en los mayores y sexualidad

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de enfermedad y muerte en las personas mayores. Con el envejecimiento se producen una serie de cambios en la estructura y en el funcionamiento del corazón y de las arterias. Estos cambios disminuyen la capacidad de reserva del corazón, predisponen a la presencia de enfermedades y limitan la máxima capacidad de ejercicio.

Las arterias se engruesan y se vuelven más rígidas con los años favoreciéndose una forma de presión arterial a expensas de los valores sistólicos, muy frecuente entre los

ancianos. Por otra parte, el corazón no puede alcanzar frecuencias cardíacas tan altas con el ejercicio como en la edad adulta, teniendo que recurrir a adaptaciones de su fisiología para intentar mantener un funcionamiento adecuado. La tasa de mortalidad cardiovascular aumenta exponencialmente a medida que se incrementa la edad, siendo superior a 1.000 por cada 100.000 habitantes en las personas mayores de 75 años, cuando la tasa bruta para todas las edades es de 291 por cada 100.000 habitantes (Villar, F., 2007).

4.4.1. Insuficiencia cardíaca

Las personas que padecen una insuficiencia cardíaca tienen un corazón incapaz de bombear la sangre hacia toda la economía del organismo y también incapaz de hacerla retomar.

La limitación de la actividad física es una de las consecuencias de la cardiopatía, que junto con la disnea y la ortopnea inciden ineludiblemente de forma negativa sobre la actividad sexual. Además el efecto de las medicaciones propias de esta patología (digoxina, diuréticos, etc.) también refuerza la posibilidad de la aparición de disfunciones sexuales.

4.4.2. Cardiopatía coronaria

Cada vez es más creciente el desafío que supone el reajuste social y laboral de los pacientes que han sufrido algún episodio de angor o de infarto de miocardio. Y por supuesto también supone otro desafío el futuro de la vida sexual de estos pacientes. En la aparición de disfunciones sexuales en los enfermos con angor o con infarto de miocardio parece ser que influye decisivamente el dolor o el temor al dolor. El estrés emocional, de suficiente intensidad como para necesitar ayuda psicológica, se ha estimado entre el 37 y 58% de los pacientes después de haber sufrido un infarto de miocardio (Friedman, S. 2000).

De hecho, numerosos estudios han concluido que el fracaso para la readaptación social y el retorno a unos niveles de actividad normalizados, incluida la actividad sexual, es más frecuentemente achacado a problemas psicológicos y a la depresión postinfarto que a alteraciones orgánicas (Rose, S. P., 2000).

Las mujeres que han sufrido infartos de miocardio parecen menos propensas que los hombres a sufrir disfunciones sexuales posteriores, aunque aproximadamente la mitad tienen miedo para reanudar la actividad sexual (Papadopoulos, C., 1983). Una inquietud

frecuente en los pacientes, sus cónyuges y sus médicos es el peligro de que la actividad sexual cause un nuevo episodio de insuficiencia coronaria aguda y la muerte súbita. La tolerancia cardiovascular para la actividad sexual ha sido frecuentemente equiparada con diferentes grados de actividad física.

Hellerstein y Friedman en el año 1970 fueron los pioneros en estos estudios. Estudiaron a 14 pacientes que habían sufrido un infarto. Analizaron la respuesta de la frecuencia cardíaca durante la cópula con la colocación de un registro electrocardiográfico portátil y vieron que la frecuencia media durante el orgasmo fue de 117 por minuto. Reunieron datos que sugieren que la mayor parte de las muertes súbitas durante la actividad sexual ocurre en actividades extramaritales, posiblemente por conducir a cambios fisiológicos mucho más profundos. El único caso que yo he observado entre mis pacientes ha sido precisamente en esas condiciones:

Algunos profesionales, entre en serio y en broma, aconsejan reanudar la actividad sexual seis semanas después del infarto con la esposa y seis meses después del infarto con la amante.

Hellerstein y Friedman sugirieron que los gastos energéticos en un coito son similares a los consumidos al subir dos tramos de escaleras. Por tanto si esto se realiza sin sufrir síntomas, los pacientes podrían reanudar su actividad sexual. Siewcki y Mansfield, en 1977, evaluaron más detenidamente esta recomendación en 30 varones normales de 20 a 39 años. La prueba consistió en subir 20 escalones en 10 segundos. Concluyeron que la prueba puede ser un método útil para saber si los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio están capacitados para reiniciar su actividad sexual.

4.4.3. Asesoramiento sexual para cardiópatas

Dada la frecuente asociación entre cardiopatías y disfunciones sexuales, y el riesgo cardíaco potencial de la propia actividad sexual, se ha llegado a un consenso con unas recomendaciones para el manejo de los problemas sexuales en los pacientes con cardiopatía en el Princeton Consensus Panel (DeBusk, R., 2000).

Basándose en una revisión de las investigaciones realizadas y los trabajos presentados por diferentes expertos invitados, se desarrolló un sistema de clasificación para la estratificación de los pacientes en alto, medio y bajo riesgo cardíaco. Este consenso fue revisado en el año 2005, introduciendo algunas recomendaciones con relación al uso de inhibidores de la PDE-5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil), pero ratificando los algoritmos (Kostis, J. B., 2005).

a) Categoría de bajo riesgo

- Hipertensión controlada.
- Angina leve y estable.
- Eficaz revascularización coronaria.
- Ausencia de complicaciones.
- Lesión valvular leve.
- Ausencia de síntomas y presencia de menos de tres factores de riesgo cardiovascular.

Los pacientes de bajo riesgo pueden ser animados a iniciar o reasumir la actividad sexual o, en su caso, ser tratados de su disfunción sexual.

b)Categoría de medio riesgo

- Angina moderada.
- Infarto de miocardio reciente (< 6 semanas).
- Insuficiencia ventricular izquierda o cardiopatía congestiva tipo II.
- Riesgo medio de arritmias.
- Tres o más factores de riesgo de enfermedad coronaria.

Los pacientes de riesgo moderado deberán ser evaluados de nuevo, antes de clasificarlos como de bajo o de alto riesgo.

e)Categoría de alto riesgo

- Angina inestable o refractaria.
- Hipertensión incontrolada.
- Cardiopatía congestiva tipo III o IV.
- Muy reciente infarto de miocardio (< 2 semanas).

- Riesgo elevado de arritmias.
- Miocardiopatía obstructiva.
- Lesión valvular moderada o severa.

Los pacientes de alto riesgo deberán ser estabilizados con tratamientos específicos antes de reasumir su actividad sexual o de ser tratados de su disfunción sexual. De todas formas hay que tener en cuenta que el riesgo de infarto de miocardio inducido por un coito es extremadamente bajo: 2 posibilidades por millón y por hora en individuos sanos de mediana edad, y 20 posibilidades por millón y por hora en pacientes de alto riesgo de enfermedad coronaria (DeBusk, R. F., 2000).

El riesgo de desencadenar infarto de miocardio u otras enfermedades del corazón es considerado muy bajo si se realiza la actividad sexual con el cónyuge en un entorno familiar y sin comida pesada o exceso de bebida. La demanda cardiovascular de la actividad sexual se encuentra dentro de las actividades diarias normales. Además, los estudios epidemiológicos revelan que las relaciones sexuales frecuentes no es probable que desencadenen un aumento sustancial en el riesgo de infartos. Por el contrario, el nivel de riesgo es menor en aquellos que tienen mayor actividad sexual que en los que tienen menos, y el riesgo de mortalidad es un 50% menor en el grupo con alta frecuencia orgásmica que en el grupo con baja frecuencia orgásmica (Xiaojun, C., 2009). Por lo tanto, puede concluirse que la actividad sexual es una de las funciones fisiológicas normales humanas, que contribuyen a la salud física, como caminar o hacer otra actividad diaria.

El asesoramiento debe centrarse en animar a las personas con cardiopatías a no abstenerse por sistema de la actividad sexual. Eso sí, habiéndola evaluado previamente. Es importante estratificar a los pacientes con enfermedades cardíacas en grupos de riesgo que pueden contribuir a un mejor asesoramiento, para reanudar la actividad sexual, identificando a aquellos pacientes en mayor riesgo cardíaco, para reevaluarlos, antes de tratar su disfunción o de reanudar su vida sexual (Sztájzel, J., 2012).

4.4.4. Problemas vasculares

En la respuesta sexual las órdenes neurológicas se reflejan fundamentalmente en los vasos sanguíneos y también a nivel muscular. La intumescencia es sobre todo un fenómeno vascular. Por tanto si los vasos sanguíneos están alterados también se verá afectada esta intumescencia tanto en el hombre como en la mujer, aunque resulta más sensible a las alteraciones vasculares el complicado mecanismo de erección del pene.

Como vimos, la erección se basa sobre todo en el llenado rápido de los cuerpos cavernosos por sangre arterial y el cierre del flujo venoso de salida. Cualquier fallo en estos complejos fenómenos hemodinámicos, como puede ser el aporte insuficiente de sangre arterial o la disminución de la reducción del drenaje venoso, será motivo de una disfunción eréctil más o menos grave. Las alteraciones vasculares pueden agruparse en tres grupos etiológicos: la disminución del aporte arterial, el aumento de la salida venosa y la patología del tejido cavernoso. Pero la más importante en las personas mayores es la disminución del aporte arterial.

La disminución del aporte arterial en los genitales parece ser la causa más frecuente de disfunción sexual orgánica, y más concretamente de disfunción eréctil (Ponholzer, A., 2006). Se dice que el pene es el barómetro de la función del endotelio vascular (Kendirci, M., 2005). La arteriosclerosis de las arterias ilíacas primitivas, hipogástricas, pudendas y cavernosas, así como la microangiopatía que afecta a las arteriolas helicinales de los cuerpos cavernosos y de las arteriolas que irrigan las paredes vaginales, pueden provocar un descenso de la presión de perfusión y un descenso del flujo arterial en los espacios lacunares del pene y en los espacios vasculares perivaginales. Esto producirá una disminución de la rigidez del pene y una disminución de la lubricación vaginal.

Casi todos los estudios de disfunciones sexuales vasculogénicas se suelen referir a la disfunción eréctil, por su alta prevalencia. Pero la mujer también puede verse afectada por la patología vascular, como ya hemos visto. La primera fase de la respuesta sexual femenina está asociada, como en el hombre, con mediadores y neurotransmisores que relajan el músculo liso de las arterias y arteriolas, provocando un aumento de la lubricación vaginal y un crecimiento del clítoris en longitud y diámetro. Cuando la circulación arterial de la vagina y el clítoris está alterada, sobre todo con lesiones escleróticas, se verán afectadas la lubricación vaginal, dispareunia, disminución de la sensibilidad vaginal y dificultades para tener orgasmos (Marthol, H., 2004).

4.4.5. Hipertensión y sexualidad

Uno de los problemas crónicos más importantes, asociados a alteraciones vasculares, en las personas mayores, es la hipertensión arterial. En un estudio realizado en Massachusetts en hombres mayores (MMAS), los pacientes con hipertensión presentaban probabilidad de padecer impotencia completa un 15% (Felman, H. E., 1994). También la hipertensión es una enfermedad común y frecuentemente encontrada y la disfunción sexual femenina está estrechamente relacionada con ella y con los antihipertensivos (Lu, L. L., 2012).

La aparición de disfunciones sexuales en la hipertensión tiene como origen diferentes factores: alteraciones estructurales y funcionales de las arterias, que pueden afectar al aporte arterial de los cuerpos cavernosos, y alteraciones en el tejido eréctil de los cuerpos cavernosos.

Iatrogenia medicamentosa: los diferentes medicamentos usados en el tratamiento pueden afectar a la respuesta sexual, por acción sobre el sistema nervioso, sobre los neurotransmisores, sobre el sistema vascular y también sobre el eje hipotálamohipófiso-gonadal. En la hipertensión arterial no tratada, una tensión sistólica elevada puede permitir que donde existía una disminución del flujo arterial, debida a una arteria pudenda estenótica, vuelva a recuperarse. Al ser tratada la hipertensión y disminuir la tensión sistólica vuelven a aparecer los problemas. Este puede ser un efecto paradójico que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar el efecto de los antihipertensivos en la función sexual, sobre todo en la erección.

La hipertensión y su tratamiento es una de las cuestiones que producen mayor número de consultas referidas a la salud sexual, sobre todo entre los hombres.

4.5. Problemas crónicos de origen metabólico y endocrino en los mayores y su incidencia en la salud sexual

El sistema metabólico y neuroendocrino tiene una clara influencia directa o indirecta sobre la fisiología de la sexualidad y sobre la respuesta sexual. Cualquier alteración de estos sistemas reguladores del funcionamiento del organismo, puede interferir en esta fisiología y en esta respuesta sexual. No obstante dentro de estos complejos sistemas reguladores, algunos pueden tener mayor influencia, tanto por su capacidad de acción directa, como es el caso del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, como por las altas prevalencias de alteraciones que su mal funcionamiento produce, como es el caso de la diabetes. Por ello nos vamos a centrar sobre todo en la diabetes mellitus y en las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.

4.5.1. Diabetes y sexualidad

La disfunción sexual es frecuente en los pacientes diabéticos. La incidencia suele ser de dos a cinco veces superior que en la población general, y existe además un aumento gradual con la edad. Aproximadamente un 15% de los diabéticos entre los 30 y 40 años padecen problemas de disfunción eréctil, y esta cifra aumenta a un 55% a los 60 años (Smith, A. D., 1981).

La impotencia aparece en el 50% de los diabéticos con más de 10 años de evolución. Está claro por tanto que los mayores con diabetes tienen una alta prevalencia de disfunciones sexuales.

Los investigadores de la Harvard School of Public Health de Boston (Estados Unidos) analizaron estas asociaciones en más de 30.000 varones de entre 53 y 90 años participantes en el Health Professionals Follow-up Study. Encontraron que la disfunción eréctil era casi dos veces más frecuente en los hombres con diabetes (45,8%) que en aquellos que no padecían esta patología (24,1%), y la disfunción eréctil era más prevalente entre los que tenían diabetes tipo 1 (61,8%) que entre los que tenían la de tipo 2 (45,2%).

Una mayor duración de la diabetes se asoció a una prevalencia aumentada de la disfunción eréctil, que alcanzaba un 70% de mayor riesgo en los varones diagnosticados hacía más de 20 años. La coexistencia de diabetes y patología cardíaca correlacionó con los niveles más altos de disfunción eréctil, mientras que los hombres sin diabetes ni patología cardíaca tenían los índices más bajos, en torno al 17% (Bacon, C. G., 2002).

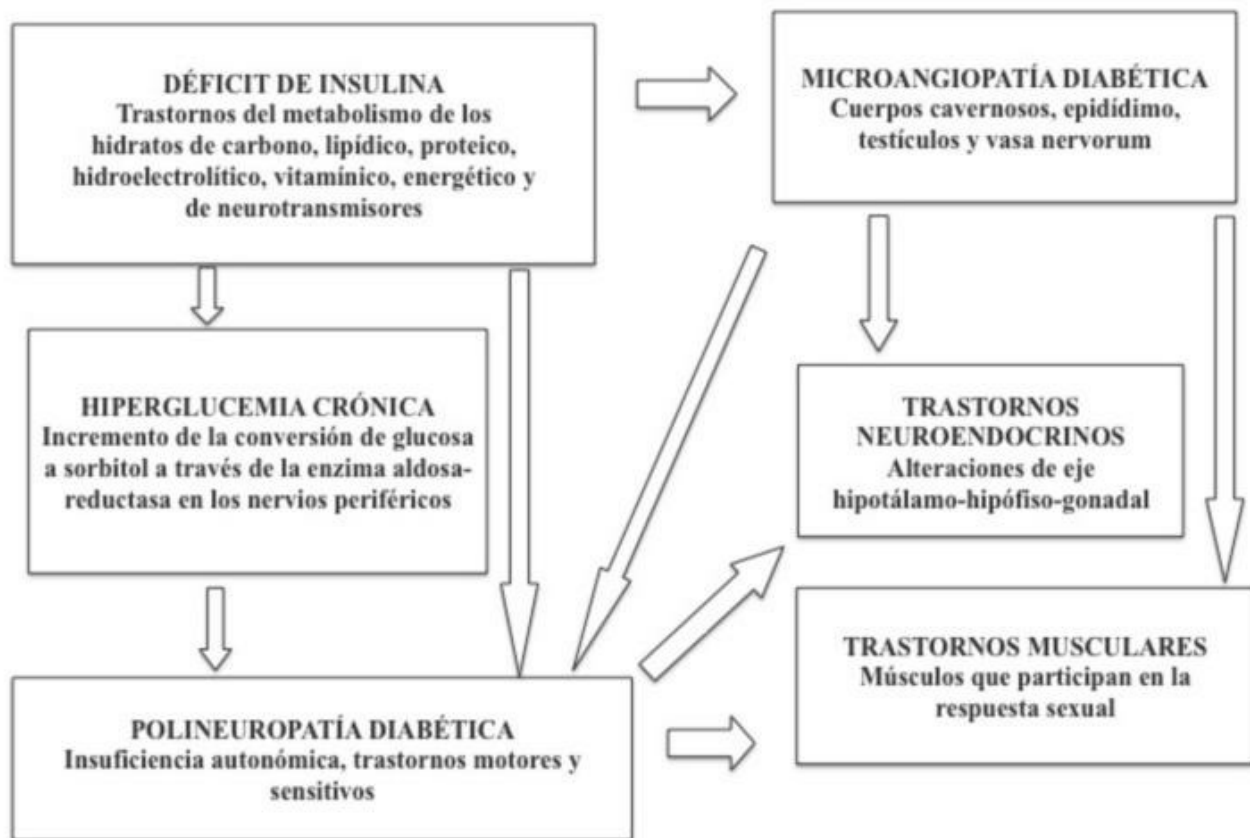


Figura 4.3. Etiopatogenia de la disfunciones sexuales en los diabéticos.

La incidencia de la diabetes en la función sexual femenina es controvertida y ha sido poco estudiada, posiblemente por razones culturales, y por la mayor dificultad metodológica. En estudios recientes se ha encontrado una mayor incidencia de disfunciones sexuales en las mujeres diabéticas que en los grupos de control. Lógicamente los problemas metabólicos, neurológicos y vasculares están presentes. Y el problema de mayor prevalencia es la disminución de la lubricación vaginal (Giraldi, A., 2010).

En la diabetes mellitus intervienen muchos factores etiológicos que contribuyen a que los diabéticos tengan una significativa incidencia de disfunciones sexuales (Guay, A. T., 2001) (figura 4.3).

A) Trastornos metabólicos

En primer lugar la diabetes mellitus produce trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, del metabolismo lipídico y también del proteico. Además, produce desequilibrios electrolíticos y energéticos, déficits vitamínicos y alteración de los neurotransmisores. Todo esto se produce sobre todo en la diabetes descompensada. Estos trastornos metabólicos y químicos pueden, por sí mismos, producir problemas en la función sexual. Cuando la diabetes se trata correctamente, toda esta descompensación desaparece, y si no existe otra causa más la disfunción suele remitir también.

B) Microangiopatía diabética

La microangiopatía es la alteración de los pequeños vasos sanguíneos. La aparición de microangiopatías, puede afectar a las arteriolas helicinas de los cuerpos cavernosos del pene, lo cual será motivo de una disminución del aporte sanguíneo y la consiguiente disfunción eréctil, y también a las arteriolas perivaginales, con la consiguiente disminución de la lubricación vaginal.

La microangiopatía podrá también afectar, como ya hemos visto a los vasa nervorum de los nervios periféricos, y a las arteriolas que llevan aporte sanguíneo a los islotes parenquimatosos de células de Leydig, en los testículos. La afectación de grandes vasos y la hipertensión también son problemas que afectan a los diabéticos y por consiguiente a su función sexual.

C) Polineuropatía diabética. Insuficiencia autonómica

La hiperglucemia crónica y la microangiopatía de los vasa nervorum va a producir

una desmielinización de los nervios periféricos, y la consiguiente polineuropatía. Esta polineuropatía típica de la diabetes afectará a todo el complejo sistema neurológico de la intumescencia genital y del circuito orgásmico. Y en especial al sistema nervioso autónomo, tan importante en estos circuitos neurológicos. La insuficiencia autonómica progresiva afecta a un buen número de diabéticos con más de 20 años de evolución. Esta insuficiencia autonómica produce diarreas episódicas, incontinencia, hipotensión postural y disfunción eréctil. Algunos autores han encontrado disminución de la sensibilidad del pene en varones diabéticos (Morrissette, D. L., 1999).

4.5.2. Alteraciones del eje hipófiso-hipotálamo-gonadal

La respuesta sexual humana depende bastante menos de las hormonas sexuales que en los demás mamíferos. Por una serie de circunstancias que no vienen al caso, en la evolución del ser humano, su sexualidad trascendió lo meramente procreativo y la respuesta sexual de la hembra humana se igualó a la del macho, pasando a ser su receptividad sexual prácticamente permanente y mucho más dependiente de estímulo los neurológicos circunstanciales que de los estímulos hormonales cíclicos y limitantes de las otras hembras (Lucas, M., 1991).

De esta independencia dan hoy muestra los estudios que sobre la libido tiene la influencia de las variaciones cíclicas de progestágenos y estrógenos, tan importantes en la respuesta sexual de las demás hembras primates (Ordoñana, J. R., 1987). En cambio las hormonas masculinas o andrógenos, también producidas por la mujer en la corteza suprarrenal y en los ovarios, parece que sí son importantes para la génesis del deseo sexual en los dos sexos. Es decir, que es clara una independencia de la mujer manifiestamente superior a la de las demás hembras mamíferas, de los estrógenos y de los progestágenos, para la puesta en marcha de la respuesta sexual. Pero los niveles de andrógenos influyen en el deseo sexual tanto en el hombre como en la mujer.

Pero no obstante los estrógenos sí tienen una importante función en la respuesta sexual femenina. Los episodios relacionados con la edad y la menopausia pueden afectar a la integridad de múltiples sistemas biológicos implicados en la respuesta sexual femenina normal, incluidos el perfil hormonal, los sustratos neuromusculares y los aportes vasculares (Dennerstein, L., 2005).

El funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, con sus interacciones, puede influir en los niveles de andrógenos, y por tanto influir directamente en el deseo sexual. Y por esa razón los estrógenos y los progestágenos, que claramente intervienen en los circuitos inhibidores de la producción de andrógenos, también de forma indirecta pueden

tener un efecto sobre el deseo sexual. Algo parecido ocurre con la prolactina y sus interferencias con los andrógenos.

La disminución de los niveles de andrógenos y de estrógenos son por tanto la diana final de casi todas las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que afecta a la respuesta sexual, y más concretamente al deseo y en la respuesta sexual. Con la edad, este eje sufre importantes cambios, sobre todo en la mujer, pero también en el hombre. Y esto ocurre durante la menopausia y la postmenopausia, y en la llamada andropausia, de aparición mucho más tardía en el hombre. Ninguna de las dos es una enfermedad crónica, sino un proceso fisiológico que transcurre dentro de la normalidad del proceso de sexuación humano.

4.6. Líneas generales del asesoramiento sexual en las enfermedades crónicas

El conocimiento de las enfermedades crónicas que pueden afectar a la respuesta sexual es un recurso imprescindible para los que han de afrontar el asesoramiento sexual de las personas que las padecen. Las enfermedades neurológicas suelen generar muchos mitos, sobre todo en las lesiones medulares, y el asesor sexual tiene una importante labor informativa ante el paciente para romper con esos mitos, que pueden agravar sin duda los problemas producidos directamente por estas lesiones. También pueden ayudar a estas personas a vivirse sexualmente aceptando estas alteraciones y lesiones, pero cultivando todas las demás capacidades, que casi siempre serán más en cantidad y calidad que las dificultades generadas. La ansiedad, la depresión y el miedo son generadores de dificultades sexuales en los pacientes cardíopatas, pero hay también otros motivos que hay considerar. En conjunto, los factores que pueden determinar dificultades sexuales en los cardíopatas son:

1. Medicación: los medicamentos usados en las cardiopatías y las enfermedades concomitantes (hipertensión, hiperlipidemia, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) pueden producir dificultades sexuales.
2. Alteración postinfarto de algunos neurotransmisores.
3. Factores emocionales y psicológicos: miedo, depresión, "miedo a la muerte coital".
4. "Descenso fisiológico" por estancias prolongadas en cama.
5. Falta de información por parte del médico o médicos responsables.
6. Aparición de síntomas durante la relación sexual.

Por eso es fundamental la labor de un asesor sexual bien informado sobre estos problemas, que sepa interpretar bien el informe del cardiólogo para orientar, aconsejar, quitar miedos y evitar que la alteración cardiaca y las dificultades sexuales se refuercen recíprocamente, como suelen hacerlo agravando ambos problemas. El conocimiento del Consenso de Princeton puede resultar muy útil para ello.

Las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal no sólo pueden producir dificultades en el deseo sexual, sino también en las vivencias del propio cuerpo y de la propia persona como persona sexual. Los hipogonadismos pueden alterar el proceso de sexuación, sobre todo a nivel fenotípico. Y ahí está la labor de un asesor sexual bien informado al respecto.

El conocimiento de los múltiples factores etiopatogénicos que producen dificultades sexuales en los diabéticos fundamenta el consejo, mirando el presente y las posibilidades de éste, y también el futuro en el que tanto y tan favorablemente influye una fuerte concienciación sobre la importancia de los autocuidados. Igual ocurre con el resto de alteraciones médicas que afectan a la respuesta sexual. Hay otras enfermedades crónicas que no hemos abordado directamente, como la insuficiencia renal crónica, la obesidad, los reumatismos, etc. Todas pueden interferir la vida sexual de quien las padece.

Aliviar sus efectos físicos es importante, pero sin olvidarse de que en muchas ocasiones la sexualidad no solamente es un aspecto que hay que cuidar y tener en cuenta en el abordaje de cualquier enfermedad crónica, sino que además puede ser un instrumento eficaz para mejorar la situación de la persona que la padece. El asesoramiento sexual está muy asentado en la información y en el consejo. Por ello el conocimiento con cierta profundidad de todas estas alteraciones médicas generadoras de dificultades sexuales aumentará la capacidad para realizar ambas cosas, y por tanto no debe ser obviado en la formación de un asesor o de un terapeuta sexual. Pero no solamente los sexólogos, sino también los profesionales de la salud, deben tener los suficientes conocimientos para abordar los temas de salud sexual, al menos, en un primer nivel.

En general, habría que tener en cuenta siempre algunas cuestiones comunes, para cualquier tipo de enfermedad, y para cada uno de los problemas sexuales, que con más frecuencia se suelen presentar. Y sobre todo hay que tener en cuenta, tres elementos que han de presidir las actitudes de los profesionales ante la salud sexual de los mayores:

1. Es cierto que los mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, pero también es patente que envejecimiento no es igual a enfermedad crónica.

2. La sexualidad no es una amenaza para las personas con enfermedades crónicas, sino una oportunidad para el reencuentro consigo mismo y para el aumento de la autoestima.
3. La sexualidad, para el paciente crónico, puede pasar de ser un problema a ser un importante instrumento rehabilitador.

5

Peculiaridades de los problemas sexuales en la edad madura

Un macroestudio realizado en Estados Unidos (Lindau, S. T., 2007) sobre 3.005 adultos (1.455 hombres y 1.550 mujeres) entre 57 y 85 años de edad. El 73% de los encuestados tenían edades comprendidas entre los 57 y 64 años, el 53% entre 65 y 74 años y el 26% entre 75 y 85 años. Entre los encuestados que eran sexualmente activos, cerca de la mitad de hombres y mujeres informaron padecer al menos un problema sexual. Los problemas sexuales más frecuentes en las mujeres eran el deseo sexual hipoactivo (43%), la dificultad en la lubricación vaginal (39%) y la incapacidad orgásmica (34%). Entre los hombres, el problema sexual más frecuente era la disfunción eréctil (37%). El 14% de los hombres admitió utilizar medicamentos o suplementos para mejorar la función sexual. La frecuencia de la actividad sexual no disminuye considerablemente con el aumento de edad hasta los 74 años de edad, a pesar de una prevalencia alta de problemas sexuales (más del 50%).

Solamente una cuarta parte de los mayores activos sexualmente y con un problema sexual admitió evitar las relaciones sexuales como consecuencia de ello. La conclusión es que muchos mayores son sexualmente activos a pesar de que los problemas sexuales son frecuentes entre ellos. El informe concluye advirtiendo que el conocimiento de los sanitarios acerca de la sexualidad en la edad madura debe mejorar para abordar la educación sexual del paciente y el asesoramiento, así como la capacidad clínica para identificar un espectro de los más frecuentes problemas sexuales potencialmente tratables. No obstante, y a pesar de que las variaciones fisiológicas no son tan marcadas como socialmente suele creerse, hay que tenerlas en cuenta a la hora de evaluar los problemas sexuales de los mayores, y hay que afinar en el enfoque de estos problemas bajo la óptica de estas variaciones.

5.1. Prevalencia y etiología de los problemas sexuales de la mujer madura

La proporción de mujeres mayores que permanecen sexualmente activas varía considerablemente con la edad, el sexo, el estado civil y la salud en general. Las estimaciones indican que cerca del 55% de las mujeres casadas mayores de 60 años y hasta el 24% de las mujeres casadas con más de 76 años son sexualmente activas

(Marsiglio, W., 1991). La presencia o ausencia de una pareja afecta a las prácticas sexuales de las mujeres mayores. Con la esperanza de vida de la mujer superior a la de los hombres, muchas mujeres mayores quedan viudas y pueden tener pocas oportunidades de establecer relaciones sexuales.

En un estudio realizado hace años en Estados Unidos se observó que el 55,8% de las mujeres casadas mayores de 60 años eran sexualmente activas, comparado con sólo el 5,3% de las mujeres solteras o viudas (Diokno, A. C., 1990). Una mujer mayor debe elegir entre ajustarse o no a las normas sociales para expresar su sexualidad, y quizás tenga que enfrentarse con familiares y amigos que critiquen su comportamiento. Sin embargo, algunas opinan que experimentan una mayor libertad sexual cuando se hacen mayores.

Otro estudio más reciente, también en Estados Unidos (Trompeter, S. E., 2012), con entrevistas a 806 mujeres, con una media de edad de 67 años, la mayoría de clase media alta, y también la mayoría (90%) con buena salud. La mitad (49,8%) admitió haber tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas. La mayoría de éstas dijo sentir excitación (64,5%), lubricación vaginal (69%) y orgasmo (67,1%) al menos la mayor parte de las veces, aunque un tercio informó tener bajo, muy bajo o ausencia de deseo sexual.

En el análisis estratificado por edad, la probabilidad de ser sexualmente activas disminuye con el aumento de edad: 83% de las mujeres más jóvenes, 64% del segundo cuartil, 40% del tercer cuartil y el 13% del cuarto cuartil (las de más edad). Aunque aproximadamente la mitad (47,5%) de las mujeres de más de 80 años dijeron estar satisfechas siempre o casi siempre, a pesar de su baja actividad sexual. Muchas de las que no eran sexualmente activas han logrado satisfacción sexual a través de tocamientos, caricias u otras intimidades, que han desarrollado en el transcurso de una larga relación. Estas consideraciones del estudio denotan que este estudio considera actividad sexual solamente el coito.

Otra consideración menos genitalizada de la sexualidad pondría una cifra mucho más elevada de actividad sexual en las conclusiones del estudio. La excitación, lubricación vaginal y orgasmo se asociaron más a una cercanía emocional que a la terapia estrogénica. Cuando llegan a una etapa avanzada de la vida, muchas mujeres han de enfrentarse con pérdidas que afectan a su autoestima. Éstos incluyen la pérdida de empleo, pérdida de pareja, pérdida de movilidad y pérdida de amigos, familiares y socios. Cualquiera o todos estos factores pueden tener una influencia negativa sobre su sexualidad. Y la mayor pérdida para una mujer es su autoestima física y estética. De esto

ya hablamos ampliamente en el primer capítulo.

Para una mujer mayor que tiene pareja, la frecuencia de la actividad sexual también se verá afectada por el estado de salud sexual de ésta. Esto a menudo tiene un impacto en la salud sexual de la mujer. Sin embargo, un compañero amoroso y solícito fomentará una buena salud sexual en la mujer mayor. De todas formas, y para las mujeres en general, en relación con la sexualidad siguen siendo perdedoras. Así lo demuestra la Encuesta Nacional de Salud Sexual realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en 2009 (Encuesta Nacional de Salud Sexual, 2009).

Ante la pregunta:

- ¿Podría decirme qué prácticas sexuales ha realizado Ud. en los últimos doce meses?, el 12,3% de los hombres responde que no ha tenido relaciones sexuales, mientras que eso mismo lo responden el 21,8% de las mujeres.
- Al preguntar por la causa, la razón mayoritaria para los hombres es la falta de deseo (14%, frente al 8,1% de las mujeres), mientras que para las mujeres es la viudedad (34,5%, frente al 12,4% de los hombres).
- Para el rango de mayor edad (65 y más) sobre todo es la viudedad con un 50,3% frente a la falta de deseo que supone el 9,3%.
- En relaciones estables el 42,3% de los hombres y el 37,7% de las mujeres dicen sentir mucha satisfacción en sus relaciones sexuales. En los ítems de "alguna, poca y ninguna satisfacción", aun siendo bajo el porcentaje de respuesta, las mujeres duplican al de los hombres (2,4% frente a un 1%).
- El 5,2% de las mujeres encuestadas (241) declara haber sufrido abusos sexuales o violaciones, frente al 1,7% de los hombres (79). Si tenemos en cuenta los vínculos donde se producen estas relaciones en contra de la voluntad de las personas encuestadas, se observa que en un 31,3% de los hombres y en un 64% de las mujeres se producen en las parejas estables.
- El 84% de los hombres siente placer después de su primera relación sexual, frente al 42,7% de las mujeres, aunque el 33,3% de ellas sintieron dolor, en comparación con el 2,9% de los hombres.

Podemos comprobar que el hecho de ser mujer ya supone una desventaja para la vida sexual, y que esta desventaja aumenta con la edad. Y lógicamente esto contribuirá al

aumento de problemas sexuales. Todo esto hay que tenerlo en cuenta porque son cimientos importantes en el origen de los problemas sexuales en las mujeres mayores. Veamos las más destacadas.

5.1.1. Prevalencia y etiología del deseo sexual hipoactivo

¿Cuáles son los motivos de la disminución o la desaparición del deseo? A veces la inhibición del deseo sexual es un cajón de sastre donde metemos muchos problemas. El deseo sexual, como hemos visto, es bastante más complejo de lo que solemos pensar. Por eso vuelve locos a tantos terapeutas sexuales. ¿Por qué deseamos a unas personas y a otras no? ¿Y qué deseamos cuando decimos desear a alguien? ¿Por qué dejamos de desear a quien deseábamos? ¿Por qué el deseo se comporta a veces como el mar?, en unas ocasiones embravecido y en otras totalmente tranquilo.

"He perdido el deseo sexual". "Quiero a mi pareja pero ya no la deseo". "Evito las relaciones sexuales porque no me apetecen". Diagnóstico: deseo sexual inhibido o hipoactivo.

En la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se habla de deseo sexual hipoactivo cuando "existe disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente, y el trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal" (American Psychiatric Association, 2000).

Todos los estudios, en relación con la prevalecida del DSH, coinciden en dar mucho más porcentaje en mujeres que en hombres. Esto puede tener importantes sesgos culturales. Según indica el estudio Wishes (Women's International Sexuality and Health Survey), el 66% de las mujeres menopáusicas presenta deseo sexual hipoactivo y el 97% de estas pacientes ve gravemente alteradas sus relaciones emocionales y su calidad de vida (Leiblum, R., 2006). Esto es más susceptible de agravarse, más que de mejorarse, con el paso de los años.

Aunque más que la menopausia o postmenopausia, parecen determinantes más importantes del deseo sexual de las mujeres de edad madura los siguientes: el estrés, los factores circunstanciales, la historia sexual previa y los problemas de salud mental (Hartmann, U., 2004).

El deseo sexual hipoactivo es experimentado por algunas mujeres posmenopáusicas. A pesar de que la terapia hormonal convencional con estrógenos o estrógenos y progestágenos puede ser efectiva para la atrofia vaginal, y para aumentar la lubricación

vaginal y reducir la dispareunia, no se ha demostrado eficaz para aumentar el deseo sexual. Es decir, que la disminución de los estrógenos tiene escasa acción directa sobre el deseo sexual de las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas.

¿Cuáles son las causas del deseo sexual hipoactivo en las mujeres maduras?

A) La pérdida del objeto del deseo

La razón de desear a unas personas y a otras no está poco dilucidada. Aparte de la influencia del modelo estético dominante, parece que influye la química, y también nuestras herencias genéticas y nuestras influencias familiares. Hay mucho por estudiar en este aspecto. Y en la actualidad es difícil identificar las razones exactas de nuestro deseo dirigido especialmente a alguien. Y esa es la primera causa de la disminución o desaparición del deseo: la desaparición del deseo hacia la pareja habitual. El objeto del deseo es tan importante como el propio sujeto para la identificación del origen del DSH.

La pasión amorosa está relacionada, según Fisher, con niveles altos de dopamina y norepinefrina, y un nivel bajo de serotonina. La dopamina en grandes cantidades, además de aumentar el nivel de testosterona, está asociada con una gran capacidad de concentración, euforia y dependencia, que son síntomas de adicción. El colapso del enamorado lo producirían las sustancias que fabrica su cerebro: el alto nivel de norepinefrina, que produce euforia y pérdida del apetito; el bajo nivel de serotonina tendría que ver con la obsesión de estar con el amado (Fisher, H., 2004). Fisher fija la duración de esta pasión amorosa en una media de cuatro años. Esto, de ser cierto, en los mayores con pareja estable con años de evolución, debería ser altamente destructor.

Pero la pasión entendida como la entiende Fisher no es la única fuente generadora del deseo sexual, entre otras cosas porque el deseo sexual es mucho más complejo, como veremos más tarde. El cambio en los niveles séricos de dos o tres neurotransmisores, como la serotonina, dopamina u oxitocina, no es suficiente explicación para los cambios del deseo sexual entre las parejas. Sea o no, lo cierto es que la pérdida de deseo hacia la otra persona es un factor fundamental a tener en cuenta entre las causas del DSH.

Los problemas y los conflictos de pareja pueden precipitar esto y ser la causa directa de la pérdida del deseo hacia el otro miembro de la pareja. Sobre todo, si estos conflictos acaban enquistándose a lo largo de los años, y produciéndose encallecimientos de los sentimientos hacia el otro. Y por supuesto del deseo.

B) Problemas de autoestima

Los problemas de autoestima hacen sentirse a quien los padece poco deseables, y esto erosiona a uno de los pilares fundamentales del deseo sexual: el deseo de ser deseado. Y a su vez tiende a bloquear los demás componentes del deseo sexual. Baja autoestima, frustración, confusión, insatisfacción/descontento, preocupación, ira, vergüenza, estrés, depresión y sensación de estar incompletos son factores frecuentemente asociados al DSH (Goldstein, L, 2009).

A veces, cuando se produce un cambio fisiológico, como ocurre en la menopausia, que puede tener consecuencias hormonales, puede a su vez afectar a la autoestima, por diversas razones, y ambas actuar afectando al deseo sexual. La prevalencia de mujeres menopáusicas y postmenopáusicas, que muestran menoscabo sustancial de su salud relacionada con la calidad de vida, debido a DSH, se sitúa entre un 6,6% y un 12,5% (Biddle, A. K., 2009).

Cualquier tipo de enfermedad crónica o discapacidad, aparte de los problemas orgánicos o iatrogénicos, también pueden afectar, a veces de forma severa, a la autoestima. Y entonces habrá que identificar claramente el peso que cada uno de los factores determinantes tiene en la disminución o ausencia del deseo sexual. En las mujeres mayores, los factores sociales, derivados de una sociedad que rechaza la vejez, pues la sitúa fuera de cualquier patrón de belleza, y que rechaza la sexualidad.

En nuestra cultura el binomio cuerpo/envejecer evoca desencuentro, conflicto y malestar. Vivimos en una cultura de la apariencia en la que reina un sobreinvertimiento de la imagen en detrimento de la comunicación personal a través de la palabra o del contacto físico. Belleza, entendida ésta como vigor y lozanía de la juventud, constituyen rasgos sobrestimados desplazando cualquier otro tipo de ideal.

El registro de señales de envejecimiento tanto a nivel periférico (arrugas, canas, etc.) como cenestésicos (fuerza, resistencia, etc.) suelen convertirse hoy más que nunca en un factor de gran eficacia traumática para la autoestima de las mujeres mayores. En definitiva, el deseo sexual, cuando la persona no se siente deseable, se ve gravemente afectado, esencialmente por un mecanismo de defensa, para evitar más heridas en la propia autoestima, y está fundamentalmente basado en el miedo al rechazo.

C)La aversión sexual

La aversión sexual puede estar motivada por una educación moral y religiosa restrictiva o por experiencias sexuales traumáticas durante la infancia. Esto es especialmente acusado en las mujeres mayores, por el hecho de pertenecer a

generaciones que han sido objeto de una educación sexual fuertemente restrictiva, y muy selectivamente con la sexualidad femenina.

En la aversión sexual puede existir deseo, pero el rechazo hacia la conducta sexual conduce a un estado de evitación y angustia, rehuyendo de todo posible contacto erótico. Hay quien considera la aversión sexual el extremo final del DSH (Schover, L. R., 1982). Otros sin embargo consideran que ambos problemas son diferentes, aunque puedan tener conexiones (Kaplan, H. S., 1979).

La realidad es que la aversión sexual puede ser a su vez causa o consecuencia del DSH. Es decir, la ausencia de deseo puede acabar produciendo un rechazo global a la vivencia sexual. Y ese rechazo, provocado por cualquiera de las razones expuestas, puede acabar también bloqueando el deseo sexual.

D)Problemas de salud mental

El DSH está frecuentemente relacionado con cuadros de angustia, de ansiedad y de depresión (Segraves, R. T., 2008).

En todos los países en que se han realizado estudios estadísticos las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Mientras que aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de una depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres, la proporción se reduce a 1 de cada 10.

En la Europa de los siglos XVIII y XIX los médicos estimaban que al llegar a la menopausia las mujeres experimentaban un declive físico y psicológico, y en 9 de cada 10 casos se diagnosticaba la existencia de "irritabilidad nerviosa". Los estudios actuales, sin embargo, no han encontrado indicios de que en los años siguientes a la menopausia se produzca un aumento de los índices de enfermedad depresiva o de otros trastornos psiquiátricos graves.

Estas investigaciones muestran que se ha exagerado sobre las implicaciones de los cambios que se producen en la mujer tras la menopausia y que, en la práctica, la menopausia puede ser un episodio más de adaptación, e incluso, para algunas mujeres éste es un período de liberación disfrutando más de sus relaciones sexuales ya que desaparece el temor a un embarazo no deseado (Lewis, M., 1992). Más tarde, conforme avanza la edad, pueden aparecer cuadros de demencias que ya hemos tratado, en capítulo anterior, que sin duda pueden afectar al deseo.

E)Problemas orgánicos

Problemas neurológicos, neuroendocrinos, metabólicos, genitales e iatrogénicos pueden influir sobre el deseo sexual.

La dispareunia es el dolor genital durante las relaciones sexuales. Es más común en las mujeres que en los hombres. El vaginismo puede ser una de las causas, aunque las causas son generalmente físicas, en las mujeres vaginitis, uretritis, bartolinitis, etc. La dispareunia prolongada puede acabar produciendo DSH.

Las alteraciones del SNC también pueden afectar directamente al deseo sexual. Las alteraciones neuroendocrinas, sobre todo las que afectan al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, pueden producir DSH.

Las hormonas masculinas o andrógenos, también producidas por la mujer en la corteza suprarrenal y en los ovarios, parece que sí son importantes para la génesis del deseo sexual en los dos sexos (Meston, C. M., 2001) y para la adecuación de los receptores nerviosos genitales (corpúsculos de Krause-Finger) (Zwang, G., 1978) y de las estructuras neurológicas superiores y medulares. Por tanto el déficit de andrógenos es un elemento a tener en cuenta para evaluar el DSH.

De las alteraciones metabólicas, la que más frecuentemente puede afectar el deseo sexual es la diabetes, por sus efectos neurológicos y por la alteración de los neurotransmisores.

Algunos medicamentos pueden producir también DSH. Sobre todo los que afectan al SNC y al eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, como los psicótropos y los antihipertensivos (Hartmann, U., 2007).

Las enfermedades crónicas, los procesos cancerosos o las discapacidades, más frecuentes con la edad, también afectan al deseo sexual por múltiples factores, psicológicos, orgánicos e iatrogénicos.

En suma, el deseo sexual hipoactivo en las mujeres maduras tiene un origen bastante multifactorial, y con aspectos específicos y propios condicionados por la edad y por los efectos de la menopausia y postmenopausia. Y que además hay que valorar desde la óptica de un deseo sexual que, en los humanos, tiene una estructura mucho más poliédrica de lo que suele creerse.

5.1.2. Prevalencia y etiología de los problemas de lubricación vaginal

Ya vimos en el capítulo 2 que la acción de los estrógenos es importante para la

lubricación, ya que mantienen permeable la pared vaginal. Esto determina un fenómeno de trasudación de plasma en las paredes vaginales, o bien como afirma Francisco Cabello-Santamaría (Cabello-Santamaría, F., 1998), un proceso de diálisis de membrana, ya que se ha constatado que los niveles de potasio y urea en la lubricación vaginal son mayores que en el plasma.

A) Causas de la ausencia o disminución de la lubricación vaginal

El principal desencadenante de la lubricación vaginal es el deseo sexual. Por tanto la causa principal de la disminución o ausencia de la lubricación vaginal es la inhibición del deseo. Por ello, hay que remitirse a todas las causas que producen un deseo sexual hipoactivo.

Igual que ocurre con la erección en el hombre, la lubricación vaginal es difícilmente controlable por la mujer, porque no atiende a las órdenes racionales, sino a sus sensaciones y sentimientos. Por eso, casi todos los problemas que afectan a la lubricación vaginal tienen que ver con la poca conciencia que se tiene de su funcionamiento. Si no hay deseo, por mucho que se intente estimular los genitales, sea con el método que sea, la vagina quedará seca. Si se insiste, la sequedad tenderá a empeorar. Si la mujer se obsesiona con la ausencia de lubricación, será aún más difícil que ésta aparezca, entrando en un círculo vicioso de sequedad, miedo a la sequedad y más sequedad, que generado por una ansiedad de rendimiento.

Pero también, la lubricación vaginal puede alterarse porque existan situaciones patológicas, que afecten a la mujer (medicamentos, diabetes, menopausia, alteraciones hormonales, enfermedades graves), o a la propia vagina (infecciones, atrofas vaginales, etc.). Aunque de todas formas hay que tener en cuenta que casi siempre esto suele estar agravado, a su vez, por la ansiedad de rendimiento que tanto afecta a los hombres en las relaciones sexuales, pero que también está afectando a las mujeres, a medida que adquieren más protagonismo en ellas.

Entre las causas orgánicas, hay que hacer, aparte de otros problemas (insuficiencias vasculares, problemas sensoriales, etc.) una mención especial a la menopausia (Feldhaus-Dahir, M., 2009). Hemos visto que los estrógenos mantienen permeable la pared vaginal (Gorodeski, G. L., 2008). El déficit estrogénico, propio de la menopausia, disminuye la permeabilidad de la vagina, y por tanto la capacidad para lubricar. La menor lubricación produce a su vez atrofia vaginal y, por lo tanto, dolor por sequedad vaginal, y como consecuencia se pierde el deseo sexual. Con lo cual se cierra el círculo. Los músculos púbicos pueden perder tono y la vagina, el útero o la vejiga urinaria pueden "salirse" de

su posición, es decir, se produce prolapso vaginal, prolapso vesical o prolapso uterino, dependiendo de la estructura que se caiga. Un prolapso de cualquiera de estas estructuras incrementa el riesgo de problemas como incontinencia urinaria de esfuerzo (escape de orina), y, por supuesto, puede producir problemas en las relaciones sexuales.

El término atrofia vaginal describe las paredes vaginales como delgadas, pálidas, secas y a veces inflamadas. Cuando los niveles normales de estrógenos circulantes disminuyen, la vagina se acorta y se estrecha. Las paredes vaginales pueden mostrar pequeñas Petequias (es decir, puntos redondos, no protuberantes, rojo-púrpura causados por hemorragia intradérmica o submucosa) y se vuelve más delgada (a menudo sólo unas pocas capas de células de grosor), menos elástica, y progresivamente más lisa en cuanto disminuyen más los pliegues rugosos. El flujo sanguíneo vaginal disminuye. Aunque las glándulas sebáceas permanecen prominentes, su secreción disminuye y el inicio de la lubricación durante el acto sexual se demora (Bachmann, G. A., 1999). La atrofia de las mucosas puede comenzar con irritación de los genitales externos (prurito vulvar). Las paredes vaginales adelgazan, se secan y se pueden irritar (vaginitis atrófica). La relación sexual se hace molesta para algunas mujeres (dispareunia). Se presentan cambios en los niveles de microorganismos vaginales normales y hay un aumento del riesgo de candidiasis vaginal.

Como vemos pues, la mujer madura es más propensa a sufrir problemas de lubricación vaginal. Primero, por la mayor prevalencia de factores que afectan al deseo sexual, y segundo por la incidencia de factores fisiológicos, como la ausencia de estrógenos o la atrofia de las mucosas, propios del envejecimiento.

5.1.3. Prevalencia y etiología de los problemas del orgasmo

¿Qué es un orgasmo? lo cierto es que describir el orgasmo es como pretender explicar la sensación de volar en parapente, de sentir mariposas en la barriga, de nadar desnudos en el mar. El orgasmo es una sensación absolutamente subjetiva. Alguien decía que es como "sentir que toda la existencia se condensa en un instante, se expande y explota en un grito de plenitud y triunfo. Es como perderse en el infinito y salir de él, es ganar energía, fuerza, vitalidad; es como sumergirse en un oleaje profundo y rítmico que nos arroja a la superficie clara y vital". La sexóloga que puso de moda el punto G, Beberly Whipple, dice que "una mujer tiene un orgasmo cuando ella dice que tiene un orgasmo".

En su informe sobre sexualidad femenina de 1976, Share Hite situaba entre un 30 y un 50% la proporción de mujeres norteamericanas que tenían dificultades con el orgasmo, y sólo el 30% experimentaba regularmente el orgasmo durante el coito, sin

estimulación adicional del clítoris. Si Freud hubiera conocido esta encuesta habría descubierto que, según su hipótesis, hoy superada, sobre el orgasmo vaginal y clitorideo, el 70% de las mujeres serían neuróticas.

Casi nadie se ocupa en nuestra cultura del orgasmo masculino, aparte de confundirlo erróneamente con la eyaculación. En cambio, la anorgasmia femenina puede convertirse en una carencia para ellas, pero ante todo en un dramático fracaso para ellos. Y la mayoría de ellos se autoinculpa o son culpabilizados por ellas. No obstante, algunos hombres también culpan a la mujer y la someten a altos niveles de tensión, subestimándolas o presionándolas. Aunque otros se desprecupan, pensando que la situación es normal para una mujer.

Sin embargo, lo más frecuente es que el orgasmo femenino sea la meta, y que sea lo que califique y ponga nota a la relación, siendo lo más anhelado por ambos, pero sobre todo por ellos. Por eso hay muchas mujeres que simulan el orgasmo. Y algunas deber ser verdaderas artistas, o ellos bastante torpes. Según la encuesta internacional para jóvenes, realizada por la empresa Durex en el año 2003, simulan el orgasmo casi la mitad de las chicas (48%). La simulación del orgasmo, tiene mayor incidencia en mujeres que temen una infidelidad de su pareja (Kaighobadi, F., 2011).

Hay que reconocer que el orgasmo es un regalo genial de la naturaleza y que cuando se puede sentir, hay pocos placeres tan intensos y a la vez con tanta capacidad relajante. Pero se nos vuelve en contra, cuando lo convertimos en una obsesión o cuando tiene un sentido finalista.

"La estupidez consiste en querer terminar" dijo Gustave Flaubert. Considerando el orgasmo como una explosión de placer, cada momento de una relación sexual puede serlo también. Las sensaciones que producen un beso en la boca, unas manos entrelazadas con fuerza, o dos cuerpos fundidos transmitiéndose sentimientos, etc., no tienen por qué envidiar a muchos de los llamados orgasmos.

La prevalencia de la anorgasmia femenina es muy variable, según los diferentes estudios. En una revisión de 34 estudios diferentes, las cifras de anorgasmia oscilan entre el 20% y el 50% (West, S. L., 2004). Entre mujeres españolas se estima una incidencia de entre un 5 y un 40% (Vázquez, C., 1998). En últimos metanálisis la prevalencia se sitúa en una horquilla entre el 11-41% y la etiología tiende a ser multifactorial, la genética, uso de drogas, alcohol y medicamentos, condiciones médicas, otras disfunciones sexuales, enfermedades mentales, estresantes de vida, déficit de comunicación y problemas de relación (Rellini, A. H., 2011).

Parece que sólo en el 5% de las anorgasmias aparecen factores de carácter orgánico, fundamentalmente neurológicos, iatrogénicos, tóxicos y complicaciones producidas por enfermedades crónicas. El resto (95%) se debe a causas psicológicas (Masters, W., Johnson, V. E., 1970). En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), casi el 98% de las mujeres que acuden a consulta quejándose de anorgasmia primaria no se han masturbado con anterioridad (Cabello-Santamaría, F., 2002).

Podemos afirmar por tanto, que la forma más fácil de experimentar el orgasmo es por autoestimulación, especialmente del clítoris, método utilizado por el 95,2% de las mujeres que se masturban. La inserción digital es una de las formas menos facilitadoras de la respuesta y conduce al orgasmo sólo al 0,9% de las mujeres (Elberdin, L., 1999). Otras fórmulas, útiles para algunas mujeres, pueden ser la simple presión de las piernas (2,7%), acariciándose los pechos (1,2%) o fantaseando exclusivamente. Para algunas mujeres, los pezones son zonas erógenas. Un estudio, realizado con resonancias magnéticas funcionales, podría explicar por qué el estímulo de los pezones viaja a la misma parte del cerebro que el estímulo de la vagina, el clítoris y el cuello uterino (Komisaruk, B. R., 2011). Esto supone que la penetración no es la mejor forma de conseguir un orgasmo, para la mujer.

En 1991 el prestigioso Instituto Kinsey realizó un estudio centrado en la anorgasmia coital poniendo de manifiesto que entre el 50 y el 75% de las mujeres no tienen orgasmo durante el coito pero sí bajo otras circunstancias (Reinisch, J. M., 1991).

La bióloga Elisabeth Lloyd analizó 32 estudios sobre la frecuencia del orgasmo femenino durante el coito, y llegó a la conclusión de que sólo el 25% de las mujeres lo experimentaba a menudo durante el acto sexual y sin estimulación de su clítoris, lo que confirma el rol clave que juega este órgano en la llegada al orgasmo (Lloyd, E., 2005).

Lógicamente esto hay que tenerlo en cuenta para el diagnóstico etiológico y el asesoramiento de las anorgasmias femeninas. La desinformación, el modelo de relación sexual centrado en la penetración y la educación represiva son factores decisivos en el origen de la anorgasmia femenina, entre los que cabe destacar:

- Condiciones culturales negativas.
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Factores interpersonales.
- Falta de información sexual.

- Monotonía en la falta de concentración, angustia, etc.
- El modelo de relación sexual centrado en la penetración.
- Rigideces corporales.

El envejecimiento disminuye la capacidad energética, y el orgasmo está directamente relacionado con ella. Por eso la intensidad del orgasmo suele disminuir con la edad. Y esto hay que tenerlo en cuenta, sin que tampoco haya que darle demasiada importancia, porque es un descenso fisiológico, que puede compensarse con la calidad de la experiencia.

5.2. Prevalencia y etiología de los problemas sexuales del hombre maduro

La cultura falocrática en la que vivimos supone que, de todos los problemas sexuales que afectan a los varones, la que más les obsesiona, es la disfunción eréctil, y también la que con la edad se piensa que tiene todas las probabilidades de aparecer. Por cierto, esta falocracia también inunda el mundo de la investigación y de la farmacología. Aunque es cierto que, dadas las especiales características de la fisiología de la erección, sea ésta fase de la respuesta sexual masculina la que más puede verse afectada por los procesos fisiológicos del envejecimiento y, por supuesto, por la incidencia de las enfermedades crónicas, como ya hemos visto.

También el deseo sexual masculino puede verse afectado por los descensos fisiológicos que el envejecimiento produce sobre el eje hipotálamo-hipófisotesticular, y posiblemente en todo el complicado entramado de la acción de los mediadores químicos. En cambio, la eyaculación precoz siempre ha sido achacada más a la juventud, al exceso de energía y a la inexperiencia que al envejecimiento. La realidad es que el proceso fisiológico del envejecimiento puede afectar en la disminución de las contracciones musculares y, por tanto, durante la expulsión del semen, que saldrá a un ritmo mucho más lento.

En el macroestudio realizado en Estados Unidos (Lindau, S. T., 2007) la proporción de los hombres que eran sexualmente activos disminuye de 83,7% en el grupo de edad entre 57-64 años, al 38,5% en el grupo de edad entre 75-85 años. Y entre los problemas que afectan más frecuentemente a los varones maduros están la disfunción eréctil (37%), el deseo sexual hipoactivo (28%) y la eyaculación precoz (28%).

5.2.1. Prevalencia y etiología de la disfunción eréctil en el hombre maduro

En un estudio realizado en España (Martin-Morales, A., 2001), entre 2.476 hombres, entre 25 y 70 años, padecían disfunción eréctil el 12,1% mediante autoevaluación, y del 18,9% si se objetiva mediante el cuestionario del Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF) (Rosen, R. C., 1997). En ese estudio, varios factores de riesgo independientes estaban asociados significativamente con la probabilidad de padecer disfunción eréctil. La ratio de probabilidades era de 4 para la diabetes, 1,58 para la hipertensión arterial, 1,63 para la hiperlipidemia, 2,63 para las lesiones vasculares periféricas, 3,11 para enfermedades pulmonares, 2,93 para alteraciones de la próstata, 1,79 para las cardiopatías, 2,37 para el reumatismo, 3,08 para la alergia, 2,73 para la iatrogenia por psicótopos, 4,27 para la iatrogenia por hipnóticos, 2,5 para el tabaquismo y 1,53 para el alcoholismo.

En otro estudio realizado en EE UU (Selvin, E., 2007) sobre 2.126 hombres adultos, se sugiere una prevalencia de disfunción eréctil del 18,4%. Entre los hombres diabéticos, la prevalencia era del 51,3%.

El estudio de envejecimiento masculino de Massachusetts es un proyecto de gran escala longitudinal para investigar los efectos de la edad en la salud sexual masculina, entre otras cuestiones. Alrededor del 57% de los hombres a los 60 años tiene disfunción eréctil, un problema que aumenta con la edad (Feldman, H.A., 1994). La prevalencia de impotencia completa se triplicó de 5 a 15% entre las edades de 40 a 70 años.

En el Estudio Europeo del Envejecimiento Masculino (EMAS), realizado como una colaboración de ocho centros europeos, investigaron la disfunción eréctil en una población masculina de entre 40-79 años, con una edad media de 60 años, encontrando disfunción eréctil en el 30% de los hombres. La prevalencia de disfunción eréctil fue superior en los grupos de mayor edad, 64% en los de 70 años de edad (Corona, G., 2010).

Con el creciente envejecimiento de la población y el aumento en la esperanza de vida, se prevé un aumento en la incidencia de disfunción eréctil en los próximos años. Se estima que en 2025, el 9,5% de la población mundial será de hombres mayores de 65 años de edad (Ayta, I. A., 1999).

La disfunción eréctil en hombres maduros es el resultado de factores múltiples que ejercen efectos negativos en varios niveles de la fisiología de la erección:

A) Los efectos del envejecimiento sobre el pene

En primer lugar, en el hombre mayor puede estar comprometida la irrigación vascular

del pene, por microangiopatías de diferentes orígenes, que afectan a las arteriolas helicinales que irrigan los cuerpos cavernosos (Hannan, J. L., 2010). Se dice que el pene es el barómetro de la función del endotelio vascular (Kendirci, M., 2005). De hecho puede ser el predictor de futuras coronariopatías.

En segundo lugar parece que la actividad de óxido nítrico (NO) en el endotelio vascular de los cuerpos cavernosos disminuye con la edad, y que es tan importante en la dilatación de las arteriolas helicinales de los cuerpos cavernosos (Aversa, A., 2010).

En tercer lugar la constante disminución del músculo liso del endotelio cavernoso, con el avance de la edad, y el depósito de fibras de colágeno, con aumento de la fibrosis de los cuerpos cavernosos, que son causados por aumento del estrés oxidativo y otros factores fibróticos (El-Sakka, A. L., 2010).

En cuarto lugar, estas alteraciones, como resultado un deterioro de la flexibilidad del tejido cavernoso, y por lo tanto, el mecanismo por el cual la expansión de las sinusoides, comprimen las venas emisarias contra la túnica albugínea se vuelve defectuoso. Esto da lugar a una fuga venosa corpórea que produce la incapacidad para mantener una erección, como con frecuencia se ve en el hombre mayor.

Finalmente, un factor que contribuye a los cambios anteriormente descritos en músculo liso y contenido en colágeno de los cuerpos cavernosos es la deficiencia de andrógenos. Esta disminución de andrógenos es muy frecuente en hombres maduros y también se ha relacionado con pérdida de masa de músculo liso en el pene. La ausencia de andrógenos en animales castrados da como resultado una reducción importante en el contenido de músculo liso trabecular y un marcado aumento en el depósito de tejido conjuntivo. La presencia de andrógenos regula la morfología normal y la función de los nervios cavernosos, y mantiene el endotelio en una condición saludable. Así, la deficiencia de andrógenos en hombres de edad complica la función eréctil, en múltiples niveles (Traish, A., 2005).

B) Los efectos del envejecimiento sobre el sistema cardiovascular

Más de un 60% de pacientes varones con coronariopatía sufre disfunción eréctil (Cordier, G., 2008). La prevalencia en España de disfunción eréctil en varones hipertensos mayores de 60 años es del 26% (Noguerol, M., 1996).

C) Los efectos del envejecimiento sobre el eje hipotálamo-hipófiso-testicular. Andropausia versus ADAM

La detección de la androgenodeficiencia se reconoce con mucha más frecuencia y su interrelación con otros marcadores de salud general, y no sólo exclusivamente sexual, es ahora entendida y apreciada de una manera más relevante e integradora. En consecuencia la valoración del varón mayor tiene ahora una perspectiva distinta, con un mayor contenido clínico y analítico y una visión más cabal e integradora.

Si la mayor causa de muerte continúa siendo por motivos cardiovasculares, y está confirmado que la testosterona juega un papel importante en la salud vascular y endotelial, la investigación de la androgenodeficiencia en este grupo de población se convertirá en un estudio inexcusable y, sin duda, justificará motivaciones para un renovado interés farmacológico de la testosterona, tanto con fines preventivos, en muy variados procesos, como terapéuticos (Martínez Havaloyas, J. M., 2008). En el proceso de envejecimiento las mujeres experimentan una crisis hipogonádica que en el transcurrir de un quinquenio - perimenopausia - termina en la menopausia propiamente dicha, que en la mayoría de mujeres es necesario tratar con hormonas de reemplazo cuyas indicaciones están de acuerdo a la clínica. El hombre, en cambio, tiene un hipogonadismo de lento declinar que se ha llamado andropausia.

La terminología del Síndrome de ADAM se remonta a más de una década, cuando en Ginebra se celebró en el año 2000 un Congreso Internacional, The Aging Male, donde se acuñó la terminología Androgen Deficiency Aging Male (ADAM). En ese congreso se estudió la caída progresiva de las funciones del hombre, que evidentemente van desde las funciones cognitivas (pérdida de memoria y concentración) hasta las físicas (cambio de la distribución de la grasa, disminución de la masa ósea y muscular, reducción del vello corporal) y por último, en la esfera sexual (disminución del apetito y potencia sexual) hoy conocidas como DE (disfunción eréctil) y otras como sequedad de la piel, manchas seniles, etc. (Morales, A., 2000).

Diagnosticar el Síndrome de ADAM o Andropausia no es sencillo, ya que no todos los varones lo padecen y tampoco a la misma edad. Se ha hablado del ADAM desde el año 2000 y en el V Congreso sobre Envejecimiento en Salzburgo en febrero de 2006 se optó por las siglas LOH: Late Onset Hypogonadism para referirse al hipogonadismo primario o secundario, que se presenta en los hombres que envejecen (Cobi, R., 2006). En lo que no hay un acuerdo es en la prevalencia de LOH, pues los datos son bastantes discordantes, desde un 7% hasta un 80%.

Los hipogonadismos masculinos son las alteraciones del eje hipotálamohipófiso-gonadal más frecuentemente implicadas en las disfunciones sexuales. La disminución de testosterona produce disminución del deseo sexual y también disfunción eréctil (Corona,

G., 2010). Los bajos niveles de testosterona también están asociados con trastornos depresivos, lo cual agrava los cuadros anteriores (Seidman, S. N., 2002).

Parece que durante la erección se produce aumento de los niveles plasmáticos y también intracavemosos de testosterona, lo cual puede suponer que, aparte de la disminución del deseo, los bajos niveles plasmáticos de testosterona pueden tener una acción directa negativa sobre la erección, ya que la testosterona puede también jugar un papel importante en el mantenimiento de la estructura normal del tejido eréctil, como ya hemos visto. Además, la testosterona puede afectar la síntesis y la actividad de óxido nítrico e influir directamente en la erección (Ponholzer, A., 2006).

Aunque algunos estudios recientes indican que no hay una asociación clara entre los niveles de testosterona y la función eréctil (Marberger, M., 2011, un estudio, también reciente, muestra que la probabilidad de aparición de síntomas sexuales en hombres ancianos, con niveles disminuidos de testosterona, sólo tiene una correlación cuando los niveles de testosterona eran claramente subnormales (testosterona total <8 nmol/l) (Wu, F. C., 2010).

D) Factores psicosociales en la disfunción eréctil del hombre mayor

Cuando fracasa la erección, sea por la causa que sea, el varón, a su vez, se siente fracasado y aumenta su presión y su control, lo que empeora la situación, cerrando el círculo vicioso de fracaso, miedo al fracaso y vuelta a fracasar. Es decir, la atención fijada en la propia erección, con la preocupación expectante por ver si ocurre o no elimina los estímulos que hacen posible la erección. Son estímulos eróticos, pasionales, sensuales, en definitiva, sexuales. Esperar con ansiedad a que el pene responda se parece mucho más a lo que se siente en un examen de conducir que a un estímulo sexual.

Todo este proceso de desencuentro entre el pene y su dueño está presente casi siempre que hay una disfunción eréctil, incluso cuando la causa principal sea una alteración orgánica. Por ejemplo, si se está iniciando un problema vascular, que comienza a dificultar la llegada de sangre al pene, se producirán dificultades que aparecerán de forma progresiva y generalmente serán leves al principio. Estas dificultades harán saltar todas las alarmas y el miedo al fracaso aparecerá, haciendo el problema mucho más acusado que el que produciría por sí sola la alteración vascular. De modo que la disfunción eréctil, tenga el origen que tenga, prácticamente siempre tendrá la ansiedad de rendimiento como un componente fundamental.

Y esto está potenciado por un modelo sexual, falocrático, en el que el pene erecto

tiene casi todo el protagonismo, y el varón se siente el conductor del encuentro sexual y el responsable de que todo funcione y del placer de la mujer. Y todo esto está agravado para el hombre mayor, ya que el esquema típico de relación sexual le exige un rendimiento físico que, en muchas ocasiones, ya no puede enfrentar. Y además, el modelo estético dominante lo sitúa en desventaja, en cuanto a su capacidad seductora. Si esto se une a toda la mitología negativa en torno a la sexualidad de las personas mayores, y de la certeza de que todo deja de funcionar con el envejecimiento, sobre todo la erección, la ansiedad de rendimiento, se toma aún más acusada.

La dinámica funcional normal de la erección es:

1. Estímulo erótico centrado en estímulos sensitivos, sentimientos, etc.
2. Puesta en marcha del circuito neurovascular que facilita el llenado de los cuerpos cavernosos.
3. Abandono a las sensaciones producidas por esos estímulos.
4. Mantenimiento de la erección.

La ansiedad de rendimiento funciona rompiendo esta dinámica:

1. Estímulo centrado en la consecución de la erección.
2. Bloqueo del circuito neurovascular que facilita el llenado de los cuerpos cavernosos.
3. Preocupación creciente por las consecuencias del fracaso.
4. Fallo definitivo de la erección.

El efecto posterior es la puesta en marcha del circuito: fracaso-miedo al fracaso-nuevo fracaso-tendencia a la evitación. A esto puede contribuir si existe la presión de la pareja. Por ejemplo, cuando se convierte en el termómetro que mide el deseo, el amor o la pasión hacia ella. O en el chivato de una posible infidelidad, cuando no funciona. Esto aumenta aún más la ansiedad de rendimiento en el varón, que tiene encima un motivo más de presión.

5.2.2. Trastornos del orgasmo y de la eyaculación en el hombre mayor

El orgasmo masculino parece ser un "don nadie". Las anorgasmias masculinas no figuran

entre las principales disfunciones sexuales, en los diferentes manuales de terapia sexual. Los varones confunden la eyaculación con el orgasmo. Les obsesiona la eyaculación precoz, pero la consulta sexológica masculina por anorgasmia, es una rareza.

Introducir los trastornos de la eyaculación dentro de los trastornos del orgasmo, es porque la eyaculación, está dentro de la fase del orgasmo en la respuesta sexual. Pero aún así, como ya hemos visto, no debemos confundir eyaculación con orgasmo masculino, algo muy frecuente, que hace que cuando se habla de anorgasmia, siempre se suele referir a la femenina. Y no es así. De hecho, puede haber eyaculación sin sensación orgásmica. Esto ocurre frecuentemente en el eyaculador precoz. Hay preadolescentes que pueden tener orgasmos sin eyaculación como ya lo constató Kinsey en su famoso informe (Kinsey, A. C., 1948).

También encontramos individuos que tienen eyaculaciones sin placer, sobre todo bajo el efecto de simpático-miméticos o en síndromes de abstinencia de heroínómanos o morfinómanos, o en ciertas paraplejías. En cambio en algunas paraplejías se dan orgasmos fantasmas sin erección ni eyaculación. Pero la mayor parte de los varones asocia orgasmo y eyaculación.

La dificultad eyaculatoria fue estudiada en una muestra de 1.568 hombres franceses; el 3% de los comprendidos entre los 50 y los 59 años de edad mostraron dificultad eyaculatoria. Esta prevalencia se duplicó en los de más edad, alcanzando el 12% en hombres de entre 70 y 79 años (Macfarlane, G. J., 1996).

En un estudio con 1.688 hombres, la dificultad eyaculatoria (eyaculaciones con volumen considerablemente reducido o ausencia de eyaculaciones) aumentó de un 3% en hombres de 50 a 54 años de edad a un 35% en hombres de 70 a 78 años de edad. En cambio el dolor o malestar durante la eyaculación es raro (1%) e independiente de la edad (Blanker, M. H., 2001).

El tiempo de latencia de eyaculación intravaginal (IELT), definida como el tiempo entre el inicio de intromisión vaginal y el inicio de la eyaculación intravaginal, es cada vez más utilizado en ensayos clínicos para evaluar la eyaculación precoz. Por tanto los trastornos de la eyaculación aumentan con la edad, pero no todos. Solamente la dificultad eyaculatoria, la aneyaculación y la disminución del volumen del eyaculado.

En un estudio sobre un total de 500 parejas de cinco países: los Países Bajos, Reino Unido, España, Turquía y Estados Unidos (Waldinger, M. D., 2005), la media de IELT disminuyó significativamente con la edad, desde 6,5 minutos en las edades más jóvenes hasta 4,3 minutos en el grupo de mayores de 51 años. Y la circuncisión o el uso de

preservativo no tiene apenas incidencia.

Esto hace caer algunos mitos, como el de que el uso del preservativo o la circuncisión retardan la eyaculación, o que la edad joven propicia una mayor rapidez en la eyaculación. Definitivamente, la eyaculación precoz no es una alteración que aumente de forma significativa con la edad, pero tampoco disminuye.

5.3. Aspectos culturales en los problemas sexuales de los mayores

Está claro que desde la óptica de una sexualidad genitalizada y falocrática el envejecimiento incide negativamente en las relaciones sexuales porque, como hemos visto, casi todos los problemas descritos tienen relación con este modelo. Si la sexualidad tuviera una visión más amplia, muchos de los problemas estarían bastante más matizados para todos, pero las diferencias de la edad estarían bastante difuminadas.

No obstante, la mitología negativa en torno a la sexualidad de los mayores produce también diferencias en las prevalencias, y en las causas de los problemas sexuales en la edad madura.

Ya se ha descrito todo esto, en cada uno de los problemas. Pero es necesario hacer hincapié en las influencias del modelo sexual cultural, y más concretamente en el modelo de relaciones sexuales. Estas influencias pueden agravar los problemas que los descensos fisiológicos propios del envejecimiento y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas producen.

5.3.1. Los efectos del modelo sexual cultural

El modelo sexual cultural, predominantemente sexofóbico, en el que han crecido los mayores, ha producido bloqueos y discapacidades sexuales.

A) Los bloqueos

La sexofobia cultural se ha centrado en dos aspectos: la represión y el miedo. La represión, a base de normas y mores, ha influido negativamente en la evolución del proceso de sexuación, sexualización y erotización. Normas legales que durante muchos años, en los que la generación actual de mayores vivió, castigaban el adulterio (sobre todo el femenino), la homosexualidad, la expresión pública de las vivencias sexuales. Y mores, que por encima de las normas escritas, castigaban socialmente de forma global a cualquier manifestación sexual. Y eso se agudizaba aún más para la mujer.

Y el miedo, la amenaza del pecado, de la condena eterna, por un lado, y al rechazo y la marginación sexual, cuando no la condena legal, por el otro, atenazaron durante muchos años el desarrollo normal de la sexualidad de la generación actual de mayores. Pero ese miedo, sigue estando presente actualmente, de forma más sutil, persistiendo ese miedo al rechazo social, por el mismo rechazo a la expresión sexual de los mayores. Y miedo a los "peligros", ya que persiste el binomio sexualidad igual a problema. La amenaza de los embarazos no deseados se cambia por la amenaza de las disfunciones sexuales.

Todo esto lógicamente contribuye a la presencia de aversiones sexuales, de problemas de autoestima y de miedo al fracaso, que contribuyen a producir directamente problemas sexuales o a agravar los producidos por los problemas propios de los descendos fisiológicos o la aparición de patologías crónicas.

B) Las discapacidades

Los procesos de vinculación afectiva son fundamentales para un buen desarrollo de la sexualidad. El recién nacido posee una gran necesidad de contacto, una intensa sed de piel, y lo expresa por una serie de conductas procuradoras de contacto corporal, que desde el comienzo están presentes: reflejos de prensión, de abrazo (de Moro), de búsqueda y de succión.

Estas conductas que están presentes incluso antes del nacimiento a término han sido muy estudiadas en los últimos años, y hoy se consideran, más que reflejos, pautas mucho más complejas. Estas conductas no sólo están orientadas a garantizar la supervivencia, sino a buscar la comunicación y el placer. Hay un reflejo de aparición un poco más tardía (entre el 2.º y el 6.º mes), que quizás sea la máxima expresión de esa sed de piel: la sonrisa.

La sonrisa es innata en el ser humano, como lo demuestran las observaciones en niños sordos y ciegos, que lo son desde el nacimiento. Estos crecen en continuo silencio y tinieblas y no ven la sonrisa de su madre. A pesar de esto sonríen como los demás. La sonrisa es el principal y más puro indicador de la existencia de una carga de energía libidinal, que el niño necesita y desea gastar por medio del contacto físico con los seres que lo rodean. Muchas veces observamos que cuando un niño sonríe, casi siempre alarga los brazos buscando ese contacto. La sonrisa es un gesto exclusivamente humano. En las pautas de seducción, la sonrisa es un ingrediente presente en todas las culturas. Lo de Humphrey Bogart es un exabrupto de una cultura desquiciada. La sonrisa es el principal gesto de acercamiento entre los humanos.

Los niños mediante estas conductas intentan atraer a sus figuras de apego. Este instinto de comunicación infantil se verá más o menos satisfecho, o más o menos frustrado, según el entorno sociocultural que rodea al niño. La frustración de su sed de piel puede tener graves consecuencias para el futuro sexual del niño (Lucas, M., 2009).

En la historia de Occidente, por ejemplo, ha ido cambiando la estructura familiar y han ido cambiando los hábitos de crianza, sobre todo en los últimos tiempos. Se han transformado tanto el número como la calidad de las figuras de apego. Del clan familiar amplio, propio de las sociedades agrícolas, se pasó, con la aparición de la industria a un núcleo familiar mucho más reducido, en el que la madre pasó a ser prácticamente la única figura de apego. A la vez, se le concede al niño mucha mayor independencia, exigiéndole desde mucho antes un mayor control de la conducta y obligándole a modificar las manifestaciones de la conducta procuradoras de contacto corporal.

Desde comienzos del siglo xx, los consejos de los pediatras norteamericanos, que se trasladaron a Europa, eran que no convenía acostumar a los niños a los brazos. Este mensaje caló profundamente, y a partir de ahí lo hemos oído tradicionalmente de boca de nuestros mayores. De esta forma en nuestra cultura un niño pronto se da cuenta de que su intento de atraerse el contacto físico con sus figuras de apego se verá frustrado la mayor parte de las veces si lo intenta por medio de la sonrisa, y pronto también aprenderá a usar otro reflejo innato, que en un principio está destinado sólo y exclusivamente a satisfacer el instinto de conservación individual, es el reflejo del llanto. El llanto es una llamada de atención mucho más contundente y efectiva, por eso muchos niños dejan de llorar al ser cogidos en brazos, aunque esto no vaya acompañado de alimentación.

Esta frustración, junto a la que también es muy frecuente en nuestra cultura, la del reflejo de succión, representa el primer encuentro del instinto de comunicación del niño con la represión cultural. El hecho de que el niño tenga que trucar el reflejo de la sonrisa por el reflejo del llanto podría considerarse como el augurio de lo que el ser humano occidental habrá de hacer más tarde, empleando su energía libidinal para otros fines a los que está destinada: la producción al sistema o el cambio de la comunicación por la agresión o la autoagresión.

Si el niño para atraerse el contacto físico y satisfacer su necesidad de contacto ha de llorar, comenzará a asociar la satisfacción de su sed de piel con el dolor y el displacer. Además, la relación que establece el llanto, entre el niño y las personas que tiene a su alrededor, es mucho más impositiva que la establecida con la atracción que produce la sonrisa, y éste aprenderá a establecer relaciones impuestas, relaciones de poder, por

encima de las relaciones que se establecen con la atracción y la comunicación relajada. Por otra parte el llanto muchas veces resulta más desagradable que preocupante, sobre todo cuando se convierte en algo cotidiano. Entonces también el niño verá frustrado su intento de atraer la atención de las figuras de apego por medio del llanto y comenzará a sentir los primeros rechazos.

Es muy cotidiano oír decir que es bueno dejar llorar a los niños porque así se "ensanchan sus pulmones". Pues bien, las actuales generaciones de mayores han sufrido muy especialmente esta privación afectiva, y claro está, esto tiene consecuencias para sus futuras capacidades sexuales. Cuántas personas encontramos que no son capaces de recibir una caricia porque su cuerpo las rechaza. Por ejemplo, las cosquillas, tan agradables para los niños pequeños, se toman desagradables con la edad. Y si no es un rechazo directo, será la insensibilidad y la indiferencia la respuesta al contacto físico.

Además, las restricciones sobre el cuerpo para evitar excesivas concesiones a la expresividad se consideran necesarias en la cultura occidental por muchas razones. La excesiva exposición de los sentimientos dejaría demasiado desnudo al individuo en un mundo competitivo y hostil, además de resultar sorprendente, puede ser incluso molesta a los demás. El abuso expresivo es considerado en todas las facetas de mal gusto. De esta forma el individuo va creando una coraza caracterial, que protege su interior del entorno. La expresión del deseo y de las emociones está limitada y autolimitada. La capacidad de lenguaje corporal sufre un importante deterioro, y por tanto la riqueza comunicativa es gravemente mermada. Esta merma de capacidades, que comienza desde el mismo momento del nacimiento, supone una gran limitación para salir de una sexualidad reducida a los genitales, y esto en los mayores es aún más grave, ya que es más importante para ellos la necesidad de ampliar sus opciones sexuales. Y esto sin duda contribuye a producir o agravar los posibles problemas sexuales.

5.3.2. Los efectos del modelo occidental de relaciones sexuales

En el primer capítulo está ampliamente descrito el modelo occidental de relaciones sexuales, como un modelo reduccionista, genitalizado, falocrático, masculino, productivista, gimnástico y marginador.

Todas estas características influyen una por una en los problemas sexuales de los mayores, aumentando su prevalencia y en muchas ocasiones siendo origen de ellos. En este modelo, el hombre mayor sufre una gran ansiedad de rendimiento, con una capacidad de erección, no siempre, pero en muchas ocasiones debilitada, y también en la mujer en cuanto a su capacidad de lubricación. Porque unas relaciones sexuales

centradas en el coito, en el mayor tiempo posible del mantenimiento de la erección, y en la obligación de obtener orgasmos en la mujer, sin duda van a producir miedo al fracaso, y a su vez si este fracaso se produce, aumenta el miedo a fracasar otra vez, y por supuesto se produce un nuevo fracaso. Este círculo vicioso se cierra agravando el problema, ya sea de origen orgánico o de origen psicológico.

6

Asesoramiento y terapia de los problemas sexuales en la madurez

Para abordar el asesoramiento y la terapia en la edad madura, hay que tener en cuenta todas las peculiaridades de los problemas sexuales, que ya hemos descrito, adecuando los consejos, las terapias sexológicas y los tratamientos farmacológicos. Nos vamos a centrar en los cinco problemas que tienen enfoques diferentes en la edad madura: deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil, problemas de la eyaculación, anorgasmia y problemas de pareja.

6.1. Asesoramiento y terapia en el deseo sexual hipoactivo en las personas mayores

En primer lugar hacer unas reflexiones sobre el deseo sexual. ¿Por qué? Simplemente porque se da por supuesto que por deseo sexual todos y todas entendemos lo mismo.

El conocimiento del deseo sexual tiene aún muchos huecos. Kaplan, basándose en su experiencia clínica, corrigió el modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson, excitación, meseta, orgasmo y resolución, eliminando las fases de meseta y de resolución, y añadiendo una nueva fase, previa a la de excitación: la fase del deseo (Kaplan, H. S., 1979). Más tarde Schnarch sugirió que el deseo estaría presente en todas las fases de la respuesta sexual. Lo cierto es que desde el punto de vista neurovascular y neuroquímico es difícil diferenciar deseo de excitación, y excitación, de meseta (Schnarch, H. D., 1991).

Todas estas disquisiciones sobre el deseo sexual, muestran claramente la enorme complejidad de éste.

Posiblemente porque nadie ha dilucidado lo que hay detrás de una pregunta fundamental: ¿Qué deseamos cuando deseamos?

Kaplan definió el deseo como un conjunto de sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a una estimulación sexual; esta autora habla de deseo sexual provocado por estimulación interna (por ejemplo, factores biológicos o pensamientos) y deseo sexual provocado por estimulación externa (por ejemplo, la visión de una pareja

atractiva) (Kaplan, H. S., 1979).

Levine al referirse al deseo sexual habla de tres componentes: componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino, componente social y componente individual/interpersonal (Levine, S. B., 2003).

Como consecuencia de las dificultades para definir el deseo sexual de una forma operativa y de la multicausalidad del constructo, nos encontramos con serios problemas en su evaluación.

El "tranvía llamado deseo" tiene muchos y variados pasajeros en su interior, y también puede realizar muchos trayectos. El mero hecho de saberlo nos puede ayudar mucho.

La compleja tarta del deseo sexual está compuesta por múltiples porciones diferentes. La experiencia clínica y vivencial nos puede sugerir que de ellas tres son fundamentales (Lucas, M., 2007):

- 1.El deseo de descarga de la tensión sexual: que tiene su máxima expresión en esas escenas tan peliculeras de parejas que en el hall o en pasillo, contra la pared y rompiendo lencerías, no pueden esperar a caer en el lecho del amor para satisfacer su pasión sexual.

Se suele adjudicar a esta porción del deseo sexual un perfil más bien masculino, pero forma parte, en mayor o menor proporción, de la tarta del deseo sexual tanto de hombres como de mujeres.

Según Fisher, la dopamina y los andrógenos parecen ser sus mediadores químicos, y es la porción más ancestral del deseo sexual humano (Fisher, H., 2004). Es el deseo que suele inhibirse por hastío, por alteraciones químicas o por enfermedad. En las personas mayores este deseo puede estar disminuido por el descenso fisiológico, neurológico, hormonal y vascular.

- 2.El deseo de ser deseados: que tiene su base en la necesidad de autoafirmación en los demás, que todos tenemos, en mayor o menor grado. El deseo de ser queridos, admirados, valorados y deseados por los demás se traslada también al deseo sexual, siendo uno de sus cimientos.

Se suele adjudicar a esta parte del deseo sexual un perfil más femenino que masculino, pero no en vano tiene su máxima expresión en la figura de Casanova

o de Don Juan Tenorio. Dos personajes masculinos obsesionados en coleccionar deseos femeninos. Se suele inhibir, fundamentalmente, por desencanto o por alteraciones de la autoestima.

El deseo de ser deseado está en muchas ocasiones dañado por el envejecimiento, que deja fuera del modelo estético dominante a la inmensa mayoría de las personas mayores, con lo que el miedo al rechazo aumenta de forma exponencial. Algunos lo expresan diciendo que poco a poco sienten como si desaparecieran para el otro sexo.

Estos sentimientos de rechazo y de ninguneo acaban produciendo un bloqueo defensivo del deseo sexual.

- 3.El deseo de encuentro mutuo: que se basa en la principal dimensión diferenciadora de la sexualidad humana: la intensa necesidad de comunicación, de contacto, de sincronía interaccional y de intimidad. Es posiblemente la porción del deseo sexual más evolucionada. Es la que produce un cemento de unión más estable, y según Fisher la oxitocina parece ser su guinda química.

Se suele inhibir por desavenencias, desencuentros o problemas de comunicación. La ausencia de pareja entre las personas mayores es más frecuente, sobre todo en la mujer. Y esto, que duda cabe, dificulta la satisfacción de esta importante porción del deseo sexual.

Las tres porciones de la tarta del deseo sexual se conexionan fuertemente y en mayor o menor proporción siempre están presentes.

El tamaño de cada una de ellas es diferente en cada persona y también en cada circunstancia. Y cada una puede alterarse por diversas causas.

La influencia de enfermedades, medicaciones agresivas, fuertes adversidades, etc. podrá anular la tensión genital, pero no necesariamente la necesidad de ser abrazados, acariciados y queridos. Casi siempre, todo lo contrario.

Por tanto hay que tener en cuenta el peso que tiene cada una de las tres dimensiones del deseo sexual en la percepción sobre el deseo de la persona que consulta y también en la de su pareja. Es decir, de qué hablan cuando hablan de deseo sexual. Ya vemos que sobre el deseo de descarga de la tensión sexual es sobre el que con más intensidad pueden actuar negativamente los problemas orgánicos o iatrogénicos. Sin embargo, sobre el deseo de ser deseados actuarán más negativamente, los problemas de autoestima.

Y las concepciones rígidas sobre sexualidad y la aversión sexual primaria, y también los conflictos de parejas y los problemas de comunicación, actúan más contundentemente sobre el deseo de encuentro, sobre la "sed de piel". En cambio, los problemas orgánicos, las enfermedades, incluso las más graves y avanzadas, no suelen anular esta importante dimensión del deseo sexual (figura 6.1).

De esta forma sabremos también, cuales son los aspectos sobre los hay que poner el énfasis para tratar el problema.



Figura 6.1. Factores que influyen sobre el deseo sexual.

Aunque es mejor actuar sobre todos ellos, fomentando los más abandonados, lo cual contribuye a compensar déficits y ampliar capacidades para desear.

En definitiva, los aspectos sobre los que podemos actuar para tratar el DSH son (figura 6.2):

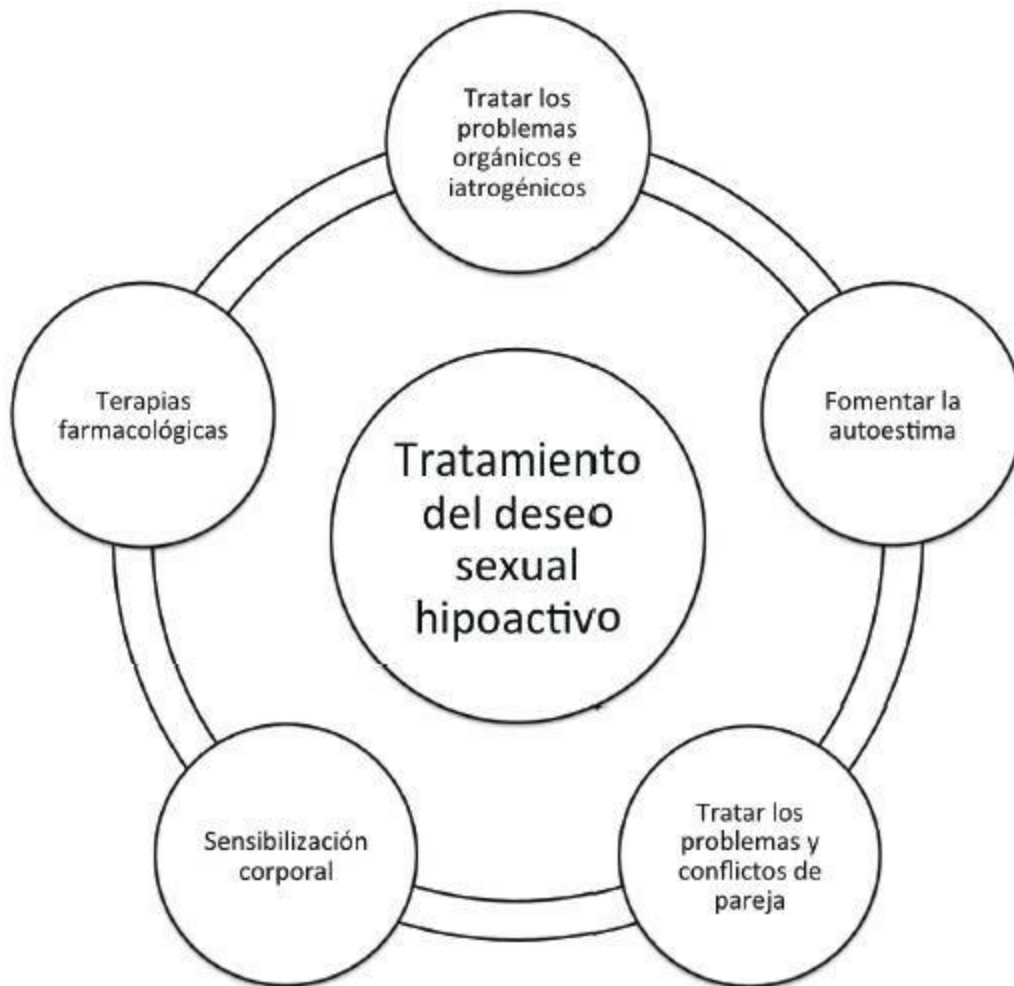


Figura 6.2. Tratamiento del DSH.

- 1.Tratar, si existen, los problemas orgánicos e iatrogénicos.
- 2.Fomentar la autoestima.
- 3.Tratar los problemas y los conflictos de pareja.
- 4.Ejercicios de sensibilización corporal.
- 5.Terapia farmacológica.

6.1.1. Tratamiento de los problemas orgánicos e iatrogénicos en el DSH

Los problemas neurológicos, neuroendocrinos, metabólicos, genitales e iatrogénicos pueden influir sobre el deseo sexual, como ya hemos visto. Y esto es así porque los

caminos del deseo discurren por todo el sistema nervioso y sus mediadores químicos. Neurotransmisores y hormonas circulan por esos caminos, influyendo decisivamente en la aparición del deseo sexual, y este a su vez se vuelve a poner en marcha a través de nuevos caminos, con nuevos mediadores químicos, que su vez hacen reaccionar al sistema vascular, a los genitales y a otros órganos.

Las alteraciones orgánicas o las influencias de medicaciones pueden alterar esos caminos, o a los mediadores químicos que circulan por ellos, o a los órganos diana sobre los que actúan.

Por eso el deseo de descarga de la tensión sexual es el que más directamente se puede ver alterado por los problemas orgánicos o iatrogénicos. Aunque de forma indirecta las consecuencias que sobre la autoestima pueden producir algunas enfermedades crónicas también pueden afectar al deseo de ser deseados.

En el tratamiento de estas alteraciones, aparte del tratamiento específico de cada una de ellas que ha de hacerse desde la especialidad correspondiente, hay que poner al deseo sexual dentro del protocolo de atención a estos procesos asistenciales.

Esta inclusión ha de servir para identificar las actuaciones (medicamentosas, de apoyo sexológico y de terapia de pareja), que mejoren el deseo sexual afectado por los problemas orgánicos o iatrogénicos.

6.1.2. Tratamiento de los problemas de autoestima en el DSH

La autoestima es importante en la génesis del deseo sexual. Las personas que tienen una autoestima alta, que se sienten deseadas, suelen tener también el deseo alto. Con las personas mayores hemos reiterado que los problemas de autoestima, les afectan muy especialmente, por el hecho de ser mayores, pero sobre todo por la marginación estética, social y sexual, a las que les somete la cultura. Para mejorar la autoestima hay que trabajar los aspectos.

a) Aprender a no generalizar

No generalizar a partir de las experiencias sexuales negativas. Aceptar que haber tenido o sentido un rechazo no quiere decir que ese rechazo se convierta en una regla general.

b) Centrarse en lo positivo

La actitud es el factor más importante en la atracción sexual. Si bien es cierto que

estamos en una sociedad en la que la imagen tiene un valor central, lo realmente provocativo de una persona seductora es su actitud, que es independiente de la belleza física, que es sumamente subjetiva.

Hacer un inventario de los valores positivos y tenerlos presentes todo el tiempo. Todos tenemos defectos y virtudes que una vez identificados ayudan a aceptarse tal y como se es. La clave está en potenciar lo positivo.

e) Vencer el miedo al rechazo

Romper con los bloqueos generados por el miedo a ser rechazados. Hacer comprender que el mismo miedo al rechazo puede producir rechazo, y cerrar una espiral de miedo al rechazo, rechazo y aumento del miedo al rechazo.

En muchas ocasiones sentirse mayores puede ser el comienzo de esta espiral, por lo que es importante salir de esta espiral para recuperar el deseo.

d) Cuidar la propia imagen

Cuidar la propia imagen no por los demás sino por uno mismo, sentirse bien con el propio cuerpo y la propia imagen, es un factor fundamental para la autoestima sexual.

A veces muchos mayores, conforme se ven alejados del modelo estético dominante, acaban descuidando su propia imagen, o lo que es peor, acaban en una búsqueda compulsiva e infructuosa de la juventud perdida, con operaciones estéticas y otro tipo de acciones, lo que acaba produciendo más frustración. Por ello, se trata de cuidar la propia imagen sin compulsiones y aceptando la edad y el propio cuerpo.

e) El papel de la pareja

Cuando hay problemas de autoestima establecidos, o que aparecen con motivo de alguna enfermedad, accidente, problema personal, etc., la pareja puede tener un papel fundamental.

El papel activo de la pareja en reforzar la autoestima, demostrando deseo, interés, cariño, acercamiento y reconocimiento es fundamental.

6.1.3. Tratamiento de los problemas y los conflictos de pareja que influyen en el DSH

Muchas veces el deseo sexual se pierde hacia la propia pareja. A esto contribuye la rutina

de los años y los conflictos enquistados de pareja. Recuerdo una consulta en la que la mujer lo primero que me planteó fue: "aquí le traigo a éste, que es un inútil sexual", refiriéndose al marido, que venía con ella. Se quejaba de no alcanzar los orgasmos con él, y sí masturbándose y pensando en otros hombres. Le pedí que en la próxima consulta trajera una hoja escrita con todo lo que le gustara o atrajera de su pareja. A los quince días vino con una hoja en blanco. La pretensión de obtener un orgasmo con una persona de la que, después de quince días de reflexión, no se ha encontrada absolutamente nada que suscite la más mínima atracción, es absurda.

Y ese es un problema de muchas parejas, que han seguido unidas por conveniencias sociales o económicas, o por convicciones religiosas, y que realmente ya no sienten nada entre ellos. Realmente, esta situación es difícil de recomponer. Si además hay conflictos sin resolver, que se han ido enquistando durante muchos años, la situación es aún más grave.

En otras ocasiones menos graves, es posible mejorar el deseo a base de redirigir la atención hacia los aspectos más positivos de la pareja y de la propia relación, hasta hacer renacer eso que llamamos "mariposas en la barriga". La terapia de pareja es fundamental para esto. Lo abordaremos más adelante.

6.1.4. Sensibilización corporal

Muchas veces el deseo sexual está bloqueado porque la capacidad de sentir el propio cuerpo y el del otro está bloqueada. Por eso hay que trabajar algunos aspectos relacionados con el cuerpo, y que pueden mejorar el deseo sexual, desde la porción del deseo que concierne al deseo de contacto

A)Esquema corporal

La aceptación y el conocimiento del esquema corporal facilita la capacidad para recibir y sentir, mejorando el DSH. La mayor parte de las personas con deseo sexual inhibido, no secundario, cuando se les pregunta que recuerden en qué partes del cuerpo han sido acariciadas durante su infancia dejan en blanco la respuesta, es decir que no recuerdan haber sido acariciadas. Trabajar el esquema corporal es importante, incidiendo sobre todo en la autoestima.

B)Masaje sensitivo y caricias

La recuperación del deseo sexual, sobre todo cuando el DSH es primario, es bastante

complicada y laboriosa. Pero si comenzamos recuperando la sensibilidad de la piel, y el deseo de caricias, vamos a facilitar tremendamente la tarea.

La piel nos envuelve por completo como un manto. La piel de los humanos es la más sensible de todos los mamíferos. Y eso lo sabemos porque nuestra piel es la que más cantidad y variedad de corpúsculos sensitivos tiene. Sin embargo, en nuestra cultura, esa tremenda sensibilidad se encuentra muy bloqueada, y no creemos que tengamos que insistir en las razones. Esos bloqueos han focalizado nuestra sexualidad en el área genital, e incluso en este área muchas personas también tienen problemas. Y las principales consecuencias son la insensibilidad y el rechazo.

La insensibilidad se traduce en la incapacidad para sentir sensaciones placenteras a través de la piel (Montagu, A., 1981), y los rechazos a convertir estas sensaciones en desagradables. Esto ocurre por ejemplo con las cosquillas, que en la primera infancia son motivo de disfrute, y más tarde se convierten en una sensación desagradable e incapacitante, como le ocurre a muchas personas con sus pies. El masaje sensitivo tiene como objetivo principal desbloquear todas estas zonas de piel para que vuelvan a recuperar su capacidad sensitiva y placentera.

La piel es el principal medio de comunicación en las relaciones afectivas y sexuales. Por eso es fundamental trabajar el masaje sensitivo en la práctica sexológica. Cuántas veces hemos fracasado en terapia sexual cuando mandamos deberes

para casa basados en las clásicas técnicas de focalización sensorial. El repertorio de caricias se acaba pronto, debido a la incapacidad para sentir y para hacer sentir, y la focalización sensorial ha de tener previamente un aprendizaje y una capacitación para ella.

Cierto es que todo esto con las personas mayores podría tener más dificultades, por el paso de tantos años de bloqueo sensorial, pero también hay que tener en cuenta que tienen más tiempo para reaprender, para dedicarse a conocer su propio cuerpo y el del otro

6.1.5. Tratamiento farmacológico del DSH

El deseo de ser deseados y el deseo de encuentro mutuo, por sus propias esencias, no son objeto de terapia farmacológica. Hasta hoy no tenemos un fármaco que actúe de forma eficaz para aumentar el deseo de descarga de la tensión sexual. El papel de los andrógenos está discutido.

A) Andrógenos en la mujer

Aunque cuando hay déficit de andrógenos, las terapias sustitutivas con ellos pueden ser eficaces, tanto en hipogonadismos hipergonadotróficos masculinos como en déficits androgénicos en mujeres menopáusicas.

El conocimiento acerca de que la producción de testosterona en la mujer de 40 años es un 50% menor que a los 20, ha servido para impulsar el uso de compuestos hormonales en el tratamiento del DSH (Zumoff, B., 1995).

Frecuentemente, las mujeres menopáusicas con déficit androgénico presentan un descenso del deseo, fatiga crónica y en general una disminución de la sensación de bienestar (Braunstein, G.D., 2002). El tratamiento sustitutivo para mujeres postmenopáusicas con testosterona en forma de parches transdérmicos fue rechazado por la FDA en enero de 2005 porque solicitaban estudios que demostraran su seguridad a más largo plazo.

Algunos estudios ponen de manifiesto el DSH puede estar relacionado con problemas de en las relaciones de pareja, la depresión, los factores psicosociales y la disfunción sexual en la pareja, pero no parece estar relacionado con los niveles de andrógenos (Nyunt, A., 2005). En el mismo sentido, también se ha demostrado que mujeres entre 19 y 43 años que padecían hirsutismo y, por tanto, es de suponer una mayor actividad androgénica, presentaban menos niveles de deseo que el grupo control, lo que conduce a pensar que otros muchos factores influyen sobre el deseo aparte de las hormonas (Conaglen, H.M., 2003).

También se ha estudiado la influencia de la dehidroepiandrosterona (DHEA) con resultados contradictorios. Según algunos la DHEA mejora el deseo (Arlt, W., 1998). En cambio, otros autores probaron la DHEA en mujeres premenopáusicas y no observaron cambios ni en la amplitud del pulso vaginal ni en la excitabilidad subjetiva (Meston, C. M., 2002).

Un ensayo a doble ciego controlado con placebo de 12 meses de duración evaluó los efectos de la DHEA (50 mg diarios) en 280 mujeres de edades comprendidas entre los 60 y los 79 años (Baulieu, E. E., 2000). Los resultados mostraron que las mujeres mayores de 70 años experimentaron una mejoría en la libido y en la satisfacción sexual. No se observaron beneficios en mujeres jóvenes.

Bueno, la realidad es que todo es un poco contradictorio, y habrá que esperar más estudios antes de decidir tratamientos con andrógenos para el deseo sexual hipoactivo en

mujeres mayores.

B) Andrógenos en el hombre

La disminución de testosterona con el avance de la edad produce disminución del deseo sexual (Travison, T. G., 2007), aunque ya vimos que algunos estudios ponen en duda una clara acción de la testosterona en la función sexual masculina. Varios estudios han investigado el efecto del tratamiento con andrógenos en la función sexual en hombres ancianos, con resultados controvertidos. Un met-análisis de estudios randomizados, realizado en la Clínica Mayo, mostró en general un pequeño efecto positivo de la terapia de reemplazo de testosterona en hombres con disfunción sexual (Bolona, E. R., 2007). Además, la próstata es andrógeno-dependiente, y la terapia con testosterona, podría tener un efecto carcinogénico (Bosland, M. C., 2000).

Varios beneficios de la terapia de reemplazo de testosterona se han observado en hombres mayores, especialmente un aumento en la densidad de huesos y masa muscular y una disminución de la masa de grasa, con datos polémicos sobre la fuerza muscular, la función sexual y el estado de ánimo (Nigro, N., 2012).

Por tanto podemos decir que hemos pasado de casi un sistemático tratamiento de las disfunciones masculinas, hace años, con testosterona, a un más que dudoso efecto positivo de este tratamiento, incluidos los hipogonadismos comprobados.

C) Otros tratamientos farmacológicos del DSH

El uso del bupropión de forma inespecífica, con independencia de la etiología del DSH sólo funciona en el 29% de las mujeres (Segraves, R. T., 2001).

Otro fármaco con propiedades de este grupo que ha demostrado tener alguna eficacia en el incremento del deseo, al menos en mujeres posmenopáusicas, ha sido la tibolona (Ziaei, S., 2010). La tibolona disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y aumenta la testosterona libre circulante. Aparte de aliviar los síntomas vasomotores en la posmenopausia y la atrofia urogenital, algunos estudios sugieren que la tibolona es eficaz en mujeres posmenopáusicas con síntomas de disfunción sexual.

Los remedios herbales y derivados de plantas son una alternativa muy popular a los tratamientos médicos, pero no se ha comprobado su verdadera efectividad para mejorar la función sexual en las mujeres (Rowland, D. L., 2003). El extracto de Ginkgo biloba (GBE) facilita el flujo sanguíneo, influye en los sistemas del óxido nítrico y tiene un efecto relajante en el tejido muscular liso.

En combinación con la terapia sexual, pero no por sí mismo, el tratamiento a largo plazo con Ginkgo biloba parece aumentar el deseo sexual y la satisfacción por encima del placebo (Meston, C. M., 2008).

También se estudia el efecto del Ginkgo biloba en los hombres, y se ha observado que la erección mejora en ratas macho cuando se administra Ginkgo biloba, lo que puede estar relacionado con la actividad central, en el pene y en la médula espinal, del óxido nítrico (NO) (Yeh, K. Y., 2012). Se abre alguna perspectiva sobre la erección, pero no está bien estudiado el efecto sobre el deseo sexual masculino.

De todas formas, no hay que despreciar el efecto placebo de muchos pretendidos "afrodisíacos". El efecto placebo es el fenómeno por el cual los síntomas de un paciente pueden mejorar mediante la administración de una sustancia sin efectos directamente relacionados con el origen de estos síntomas. Es aún una incógnita cómo se produce, aunque parece que es debido a la estimulación del núcleo accumbens del SNC. El efecto placebo es tenido en cuenta en la investigación farmacológica, comparando los efectos de una sustancia inerte, sin acción directa sobre el problema, con el fármaco investigado.

Una investigación se llevó a cabo en la Universidad de Texas en Austin sobre 200 mujeres durante un período de 12 semanas. Cincuenta de esas mujeres con edades comprendidas entre 35-55 años fueron elegidas al azar para recibir un placebo en lugar de un tratamiento farmacológico para el deseo sexual hipoactivo. Ninguna de las participantes conocía previamente qué tipo de tratamiento se le iba a administrar. La tercera parte de estas mujeres notaron una franca mejoría aumentando su actividad sexual (Bradford, A. M., 2009).

Este estudio corrobora otro que se llevó a cabo en seis centros médicos en Australia con 261 mujeres, de entre 35 y 46 años, con deseo sexual hipoactivo y niveles bajos de testosterona. Fueron tratadas unas con un aerosol de testosterona, y otras con un placebo durante 16 semanas, mejorando ambos grupos prácticamente por igual, con el aumento de su deseo sexual (American College of Physicians, 2008).

En definitiva, que el efecto placebo es intenso cuando se intenta tratar el deseo sexual hipoactivo. ¿Por qué?

En primer lugar porque los problemas que tienen relación son sentimientos, sensaciones, emociones, etc., el efecto placebo es mucho más intenso. El curanderismo se alimenta de forma importante de esto.

En segundo lugar, porque realmente no hay medicamentos con eficacia demostrada,

en este momento, para aumentar el deseo, aunque la testosterona pueda influir positivamente en algún aspecto del deseo, tanto en el hombre como en la mujer.

Y esto se debe a que la respuesta sexual está basada en una armonía entre dos conjuntos antagónicos del sistema nervioso autónomo: el simpático, que determina el estrés y la alerta, y el parasimpático, implicado en el relax.

Cuando se produce la excitación sexual, los dos sistemas se encuentran en un tono elevado, en un equilibrio muy lábil. La inmensa mayoría de los supuestos afrodisiacos actúan aumentando el nivel de uno u otro, circunstancia que trastoca ese equilibrio, con lo cual se suele producir el efecto contrario al deseado.

6.2. Asesoramiento y terapia en los problemas de lubricación en las mujeres mayores

Ya vimos que el principal desencadenante de la lubricación vaginal es el deseo, por tanto los problemas del deseo en la mujer van a ser la causa principal de los problemas de lubricación vaginal.

Y será éste el primer aspecto fundamental, el que habrá que abordar en el asesoramiento y la terapia de estos problemas de lubricación.

Hay elementos que hay que tener siempre en cuenta con los problemas de lubricación vaginal (Lucas, M., 2007):

- Si no hay deseo, por mucho que se intente estimular los genitales, sea con el método que sea, la vagina quedará seca. Si se insiste, la sequedad tenderá a empeorarse.
- Si la mujer se obsesiona con la ausencia de lubricación, será aún más difícil que ésta aparezca, entrando en un círculo vicioso de sequedad, miedo a la sequedad y más sequedad generada por una ansiedad de rendimiento.

Aunque la lubricación vaginal puede alterarse porque existan situaciones patológicas que afecten a la mujer (medicamentos, diabetes, menopausia, alteraciones hormonales, enfermedades graves), o a la propia vagina (infecciones, atrofas vaginales, etc.), hay que tener en cuenta casi siempre que esto suele estar agravado, a su vez, por la ansiedad de rendimiento que tanto afecta a los hombres en las relaciones sexuales, pero que también está afectando a las mujeres a medida que adquieren más protagonismo en ellas.

Aprender a decir no, cuando la vagina dice no. Cuando la vagina está seca no se

acaba todo. "Mojarse" no ocurre por imposición. Lo que fluye en la vagina es plasma, pero es un plasma especial, lleno de sensaciones, emociones y sentimientos. Sin ellos, ese plasma se niega a filtrarse a través de las paredes vaginales.

-La pareja ha de comprender que la vagina es muy sensible, pero muchas veces necesita la ayuda del clítoris. No es como el "todo en uno" del pene.

La mujer no es una vagina, ni un clítoris; es sensibilidad, piel, sentimientos y muchas más cosas. Y muchas veces la vagina responde más a un beso, a unas caricias, a una mirada o a unas palabras de amor que a la estimulación directa. La vagina no es un órgano aislado para introducir el pene. A su alrededor hay una mujer.

Pero esto, que es general para todas las mujeres, hay que tenerlo mucho más en cuenta con las mujeres mayores que, por múltiples razones ya analizadas, tienen problemas de DSH. Pero también porque hay dos cuestiones que afectan especialmente a las mujeres mayores: el déficit estrogénico y la atrofia vaginal. Ambos problemas ya han sido descritos y agravan las posibilidades de disminución o ausencia de lubricación vaginal.

¿Cómo tratar ambos problemas?

-Algunos lubricantes y cremas humectantes vaginales están disponibles sin necesidad de receta. Éstas a menudo humectarán el área durante varias horas. Este efecto puede durar hasta un día.

-Usar un lubricante vaginal hidrosoluble durante la relación sexual. No usar vaselina, aceite de vaselina ni otros aceites, ya que pueden aumentar la probabilidad de infección.

-Evitar los jabones, lociones, perfumes o duchas con fragancia.

A) Tratamiento con estrógenos

Sobre la base de un estudio basado en ensayos clínicos con dosis bajas de estrógenos en la vagina para el tratamiento de la atrofia vaginal, The North American Menopause Society (NAMS) declaró en 2007 que "la elección de la terapia debe guiarse por la experiencia clínica y la preferencia del paciente".

Sobre la base de un metanálisis aleatorio sobre 19 ensayos clínicos, con 4.162 mujeres postmenopáusicas, en la Cochrane Database of Systematic Reviews (Suckling, J., 2006), concluyeron que el estrógeno vaginal es un tratamiento efectivo para la atrofia vaginal y que todas las fórmulas, ya sean cremas, anillos o tabletas, contribuyeron a aliviar los síntomas de manera más eficaz que el placebo o geles de anticoncepción.

Tabletas vaginales con estradiol E2 pueden proporcionar mejoría del pH vaginal y aumentar la maduración del epitelio vaginal y uretral. Y por tanto ser efectivas en el tratamiento de la vaginitis atrófica (Bachmann, G., 2008).

Estas tabletas tienen la ventaja de que ajustan más las dosis de estradiol que las cremas o geles.

Y esto controla mejor los posibles efectos sistémicos de estos estrógenos, aunque parece que según diversos estudios los efectos son mínimos (Labrie, F., 2009).

La terapia de estrógenos sistémicos, en forma de parches o agentes orales, es específica cuando el paciente también tiene sofocos. Sin embargo, entre el 10% y el 20% de las mujeres pueden tener síntomas de atrofia vaginal a pesar de estar tratadas con estrógenos sistémicos.

Estas mujeres requerirán administración de estrógenos vaginales locales, solos o junto con terapia sistémica para alivio de los síntomas de atrofia vaginal (Mac Bride, M. B., 2010).

6.3. Asesoramiento y terapia en los problemas de disfunción eréctil en los hombres mayores

Ya vimos cómo numerosos factores socioculturales, psicológicos y fisiológicos contribuyen a que los hombres mayores tengan una mayor prevalencia de disfunciones eréctiles. El asesoramiento y terapia de la disfunción eréctil, en el hombre mayor, ha de abordar esos factores.

6.3.1. Terapia sexual de la disfunción eréctil

La erección del pene responde a un complicado mecanismo neurovascular que, unido al lábil equilibrio entre los sistemas simpático y parasimpático, hace que el peculiar compañero del varón se comporte a veces de forma díscola. Comprender a este peculiar compañero es fundamental para que las cosas funcionen, o no empeoren más de lo debido, incluso cuando hay otros problemas añadidos.

Y comprenderlo, diciéndolo de forma coloquial y parodiándolo, es saber que:

"1- le gusta ir a su aire, y por tanto no le gustan las imposiciones 2- funciona mejor con lo espontáneo que con lo planificado 3- es más sensible a los sentimientos y a las sensaciones que a la razón. Si tenemos en cuenta todo esto, dará más satisfacciones que disgustos. La obsesión por controlarlo, y convertirlo en el centro de atención, deja de responder. Le va mejor tener que compartir protagonismo y saber que si no funciona, manos, labios o lengua le sustituirán. Le va mejor saber que hay cosas para las que no sirve, y que son tan importantes como la penetración. Entonces despierta de su ensimismamiento, para hacerse valer. Eso lo sabemos muy bien los sexólogos, y por eso ante una disfunción eréctil planteamos dejar al pene y a la penetración, en un segundo plano. Si lo conseguimos, y no existe otro problema añadido, volverá a funcionar".

Esta visión desenfadada puede sernos útil para transmitirla tal cual, para ayudar a mejorar los problemas de erección.

El asesoramiento de la disfunción eréctil debe centrarse en los siguientes aspectos, que suelen estar casi siempre presentes en la disfunción eréctil, sean cuales sean sus causas:

La ansiedad de rendimiento es prácticamente una constante en la disfunción eréctil. Centrar toda la atención en los estímulos sexuales y no en conseguir una erección ha de ser el principal objetivo en el abordaje de la disfunción eréctil. No basar toda la relación sexual en el coito o en la penetración. La mayor parte de las terapias sexuales prohíbe el coito al comienzo del tratamiento para conseguir esto (placerados).

- El pene erecto no ha de ser el centro. Hacer relaciones sexuales sin penetración, centrándose en las caricias, los abrazos, los besos o los masajes eróticos.
- La abstinencia sexual prolongada no es el remedio, sino todo lo contrario. Huir no es la solución.
- Evaluar la presión de la pareja, cuando ésta convierte la erección en el termómetro que mide el deseo, el amor o la pasión hacia ella o en el chivato de una posible infidelidad. Esto aumenta aún más la ansiedad del hombre. Por eso, la complicidad de la pareja es fundamental para eliminar presiones, y restar importancia a la dificultad eréctil (Lucas, M., 2007).

Hay una frase atribuida a Gregorio Marañón que define muy bien cuál es el papel que la sociedad impone al varón durante las relaciones sexuales: "no hay mujer frígida, sino hombre inexperto". Es decir, que el hombre es el responsable del placer de la mujer. Y esa responsabilidad se deposita en su capacidad para mantener su pene en erección, el mayor tiempo posible y a toda costa, porque se asume erróneamente que el coito es la única forma, o al menos la fundamental, para conseguir un orgasmo femenino. El papel de conductor del encuentro aumenta la ansiedad de rendimiento. Si además el fantasma de la edad aparece en la mente del hombre, es la combinación perfecta para que el miedo al fracaso aumente exponencialmente.

Por tanto, hay que deconstruir el esquema establecido de relación sexual, y el rol que cumple el varón durante ésta. Aligerar el peso de la responsabilidad socialmente atribuida al varón es un recurso imprescindible para tratar la disfunción eréctil. Por eso en el protocolo clásico de la terapia sexológica de la disfunción eréctil se incluye una secuencia encaminada a romper con la ansiedad de rendimiento, centrada en el coito:

- Como primer paso se prohíbe el coito.
- A la vez se aconseja centrarse en lo que se ha dado en llamar focalización sensorial o placerado, en su primera fase, que tiene como objetivo la revitalización y descubrimiento de mapas eróticos, consistente en la puesta en práctica de masaje sensitivo, recorriendo y explorando todo el cuerpo.
- Según el modelo simple del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, se ha determinado como tiempo idóneo dedicar 15 minutos al masaje por cada miembro de la pareja (Cabello, F., 2007).
- En aquellos casos en que se sospeche que alguno de los dos va algo forzado, es conveniente reducir el tiempo a diez minutos. Hay que tener presente que más vale no llegar que pasarse.
- Masters y Johnson decían: "Cinco minutos de recompensa valen mucho más que media hora de sufrimiento".
- Después se hará un acercamiento progresivo al coito, a veces con coito sin realización de movimientos coitales o coito no exigente, y que será diferente según la respuesta a la terapia.
- El coito no ha de ser un simple "mete y saca", sino una caricia más. Unas veces más intensa y otras más suave.

-No ha de ocupar toda la escena.

-Tampoco hay que ponerlo siempre como acto final. Puede estar situado en cualquier lugar de la relación. A veces pronto, otras en el medio y otras como final.

-No es el mejor medio para conseguir el orgasmo, pero sí para sentirse profundamente unidos.

Es la caricia más profunda, no una secuencia de gimnasia física y mental.

Es un magnífico recurso del ars amandi, pero hay otros muchos, también magníficos.

-No es una carrera con meta final, sino un paseo por las profundidades del cuerpo, de las sensaciones y de la intimidad.

6.3.2. Terapia farmacológica de la disfunción eréctil

Los fármacos que se han utilizado para la disfunción eréctil han sido muchos y de muy diversas procedencias. Pero que realmente tengan demostrada su utilidad son muy pocos, los que afectan al sistema vascular del pene y los que afectan al eje hipotálamo-hipófiso-testicular.

A) Fármacos vasoactivos

El conocimiento cada vez mayor de la neuroquímica de la erección ha facilitado la aparición de medicamentos que facilitan de forma eficaz la erección, a través de una vasodilatación de las arterias helicinales que irrigan los cuerpos cavernosos.

Fundamentalmente son dos los utilizados actualmente: los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDF-5) y la prostaglandina E₁ (figura 6.3).

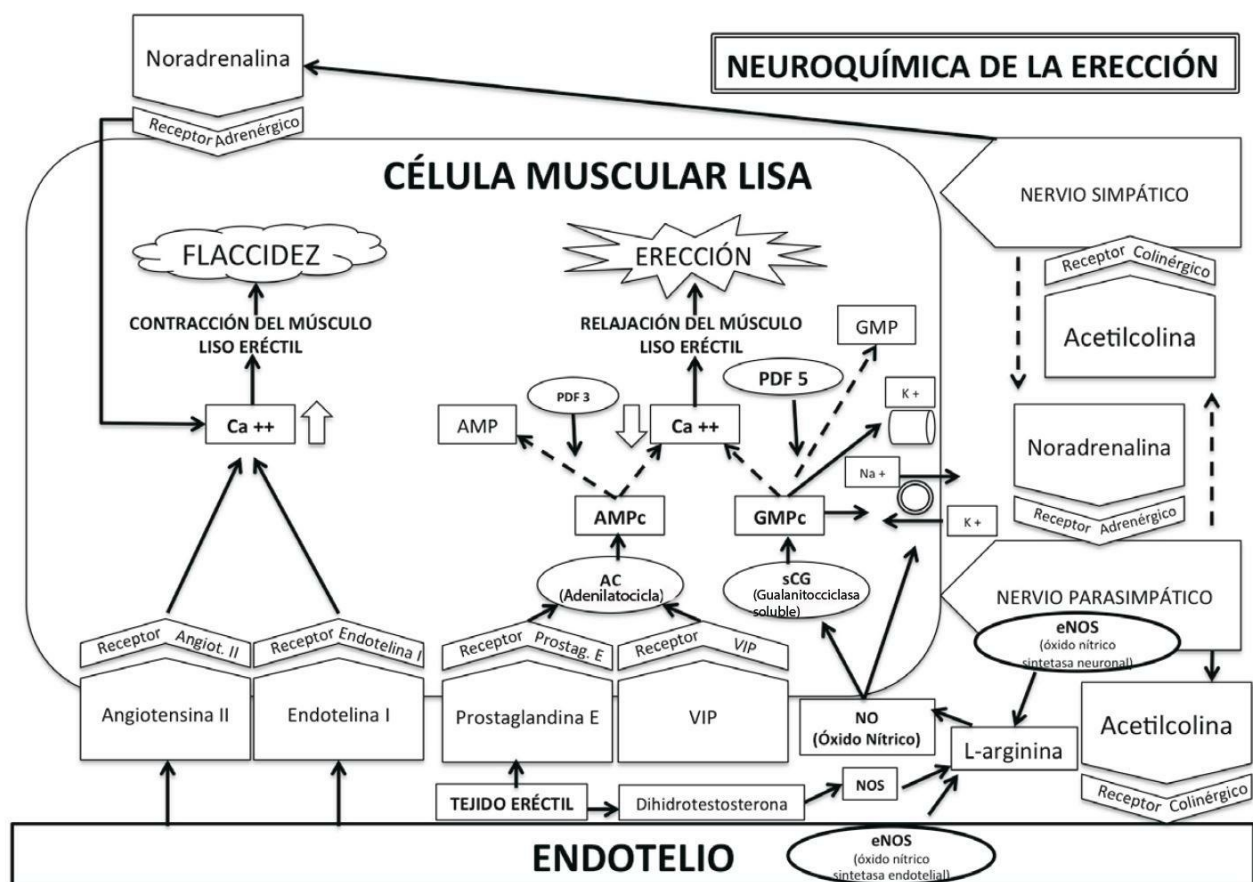


Figura 6.3. Farmacología de la erección.

Los inhibidores de la PDF-5 (Sildenafil, Tadalafil y Vardenafil) se administran por vía oral y la prostaglandina E1 se administra por vía intracavernosa.

Ambos fármacos actúan como vasodilatadores selectivos de las arteriolas helicinas que riegan los cuerpos cavernosos por inhibición de los iones Ca .

Estos dos fármacos se han de utilizar de forma escalonada, es decir, los inhibidores de la PDF-5, como primer escalón, y en caso de fracaso, en un segundo nivel la Prostaglandina E1, que dentro de otros fármacos vasodilatadores intracavernosos (papaverina, fentolamina, etc.) es el que menos efectos secundarios produce.

En pacientes muy mayores, o con problemas de cardiopatías, o con antecedentes de ACV, hay que utilizarlos con mucha prudencia, y con la advertencia de evitar los excesos. También hay que evitar el uso de los inhibidores de la PDF-5, en los mayores con problemas de retina, dada la selectividad de estos por los vasos retinianos.

La larga vida media del tadalafil ofrece la posibilidad de tomar a diario una dosis de

5 o 10 miligramos. Con esta estrategia mejora la erección aproximadamente en el 85% de los pacientes, siendo muy bien tolerado el fármaco (Porst, H., 2006). Esta forma de dosificación es adecuada solamente para quien mantiene relaciones sexuales con regularidad.

De todas formas, la eficacia de los inhibidores de la PDF-5 aumenta considerablemente si lo combinamos con una terapia sexológica.

Hay constancia de que cuando la pareja no colabora o no se siente integrada en el proceso terapéutico la adherencia al tratamiento farmacológico disminuye, siendo frecuentes los abandonos de la medicación. Incluso tratamientos farmacológicos efectivos para la erección, como las inyecciones intracavernosas, son abandonados por el paciente cuando la pareja no colabora (Jannini, E. A., 2003). Por tanto, el tratamiento de la disfunción eréctil debe hacerse siempre que sea posible en pareja, lo que va a favorecer una respuesta más adecuada además de evitar futuros abandonos, e independientemente de la etiología de la disfunción.

B) Fármacos hormonales

En caso de hipogonadismo (cuando la testosterona total se encuentre dos desviaciones por debajo del límite inferior normal que es de 11 nmol/l o la testosterona libre presente unos valores inferiores a 0,225 nmol/l), se pueden utilizar preparaciones parenterales como enantato de testosterona de 100 a 300 mg a intervalos de una a tres semanas (Vilardell, E., 2001). También se pueden usar parches transdérmicos, siempre teniendo presente que como efectos secundarios puede haber retención de sodio, aumento del hematocrito (que incide en la viscosidad sanguínea y puede perjudicar la erección) y disminución del volumen testicular.

En pacientes con hipogonadismo andropáusico o Síndrome de ADAM se debe hacer terapia hormonal sustitutiva permanentemente, con la precaución de hacer una revisión con tacto rectal y determinación de PSA (antígeno prostático específico) cada cuatro meses durante el primer año y después anualmente (Pérez, C., 2003).

No obstante, ya vimos, que la testosterona no tiene un claro efecto sobre la erección, y que solamente se daba en los hombres mayores cuando los niveles de testosterona eran claramente bajos (testosterona total < 8 nmol/l).

C) Otros fármacos

Otros tratamientos farmacológicos son discutibles en cuanto a sus efectos. Algunos

tuvieron un impacto mediático importante, como la apomorfina que actúa a nivel central activando los receptores dopaminérgicos D2 en el núcleo paraventricular del hipotálamo, pero que finalmente no ha tenido resultados más allá del efecto placebo.

La yohimbina es un clásico que es como los Ojos del Guadiana, que aparece y desaparece, como tratamiento de la disfunción eréctil, sin que hasta ahora exista suficiente evidencia científica de sus resultados positivos.

6.4. Asesoramiento y terapia en los problemas de la eyaculación en los hombres mayores

Ya vimos, como los problemas de la eyaculación que aumentan con la edad son la dificultad eyaculatoria, la aneyaculación y la disminución del volumen del eyaculado. La eyaculación precoz no aumenta ni disminuye con la edad.

El tiempo de latencia de eyaculación intravaginal (IELT), definida como el tiempo entre el inicio de intromisión vaginal y el inicio de la eyaculación intravaginal, sí disminuye ligeramente con la edad.

Aunque la eyaculación precoz sigue siendo la principal preocupación, entre todos los problemas de eyaculación que tienen los mayores.

6.4.1. Terapia sexológica de la eyaculación prematura

Los hombres con problemas para controlar su eyaculación tienen la tendencia a evitarla, huyendo corporal y mentalmente de ella, ya que no se sienten capaces de enfrentarla directamente, porque no saben cómo. Es difícil conocer algo de lo que se huye. Y es difícil controlar algo que no se conoce. Esto se agrava si hay presión propia o presiones de la pareja. De modo que huir es la peor solución, y la presión propia o de la pareja el peor enemigo. Este mecanismo presión-huida, puede acabar produciendo, además, una disfunción eréctil. La obsesión por el control es el mejor camino hacia el descontrol.

Además, ¿cuál puede ser la satisfacción cuando la mente y el cuerpo están ocupados en retener la eyaculación en lugar de centrarse en la comunicación y en el placer? De hecho, el orgasmo suele ser casi imperceptible en el eyaculador prematuro.

Hay que tener en cuenta:

No obsesionarse, pero no huir. Enfrentarse. Vivir y tomar conciencia de la eyaculación, tanto en los momentos previos, como cuando ésta se produce, sin intentar controlarla en absoluto. Nunca evadirse mentalmente. No escatimar

tiempo para esto.

Luego, aprender a decidir el momento. El método más usado es el llamado parada-arranque o el del apretón. Algunos matices, muy importantes. Jugar, no competir. Pararse en el momento más cercano posible al punto de no retomo, relajadamente, sin obsesionarse, sin contraer ni un solo músculo y sin esfuerzo mental. Pararse, reponerse y seguir. Si se consiguen 4 o 5 paradas exitosas, consecutivas, eyacular, ya sin parada, con todos los sentidos puestos en ello. Tanto si esto se consigue, como si no, continuar la relación, olvidándose del pene.

Todo dentro de un marco de relaciones centradas lo menos posible en el coito y dando más protagonismo a otras formas de relación, que no tengan la penetración como principal protagonista.

-Aprender sin prisas y sin metas fijas. Sin vivirlo como algo imprescindible, porque no lo es.

6.4.2. Terapia farmacológica de la eyaculación prematura

El único fármaco desarrollado con indicación específica para el tratamiento de la eyaculación prematura es la dapoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina de acción corta, con características farmacocinéticas adecuadas para ser tomado a demanda (Giuliano, F., 2012).

Presenta el pico máximo a la hora y media de la ingesta, quedando en sangre sólo un 5% de la dosis a las 24 horas. Los ensayos clínicos han puesto de manifiesto que 30 miligramos de dapoxetina permiten un alargamiento del IELT de 0,92 a 2,78 minutos y 60 miligramos producen un alargamiento de 0,91 a 3,33 minutos con pocos efectos secundarios, tales como náuseas, cefaleas, diarreas y mareos (Pryor, J., 2005).

Crema y aerosoles desensibilizantes pueden causar efectos secundarios, incluyendo hipoanestesia del eje del pene y adormecimiento de la bóveda vaginal de la pareja, a no ser que se use el preservativo.

6.5. Asesoramiento y terapia en los problemas de la anorgasmia en las personas mayores

Ya vimos que con el descenso fisiológico del envejecimiento puede disminuir también la intensidad de los orgasmos. Y también pueden producirse anorgasmias.

Vamos a ver cómo enfocamos el asesoramiento y la terapia de los problemas del orgasmo en las personas mayores.

Ya vimos también la escasa importancia que se le otorga al orgasmo masculino, ya que se da por sentado que acaece siempre con la eyaculación. Por eso, no es frecuente que ellos consulten por anorgasmia. Pero en cambio sí se sienten responsables de la consecución de orgasmo de la pareja.

Cuando convertimos el orgasmo en una meta, en el objetivo fundamental de la relación sexual, no solamente podemos perder muchas de las oportunidades que nos ofrece el encuentro sexual, sino que además podemos hacer del orgasmo un problema. Cuando además se hace responsable a otra persona del propio orgasmo, como suele ocurrir en el caso del orgasmo femenino, todo se complica aún más. Por todo esto, en el abordaje de las anorgasmias hay que:

1. Resituar al esquema de responsabilidades en las relaciones sexuales en un plano mucho más igualitario. Poner la capacidad de recibir a la altura de la capacidad de dar y hacerla recíproca, dando la misma importancia al receptor y al emisor. Posibilitar el intercambio de papeles y de responsabilidades entre ambos miembros de la pareja.
2. Desproveer a las relaciones sexuales de un sentido finalista, con el orgasmo como obsesión. Es cuestión de no plantearlas como una prueba olímpica, o como una demostración de capacidades. La obsesión por el orgasmo, es el peor enemigo del orgasmo. Olvidar el miedo escénico: la persona de enfrente no es un espectador. Olvidar la obsesión por el control y abandonarse a las sensaciones. Sentir, más que rendir. Comunicarse mucho más allá del consabido ¿qué tal? del final, que en ocasiones va seguido de una mentira piadosa.

En resumen, y aparte de los problemas físicos que pueden producir las enfermedades crónicas en las personas mayores, la ansiedad de rendimiento es el principal problema que hemos de enfrentar en un modelo de relación sexual con metas, exámenes y calificaciones. Disfunciones, miedos, frustraciones, orgasmos simulados, aburrimiento, conductas de evitación, son una parte de los problemas, que esta ansiedad a veces produce. Cansancio, dolores de cabeza, sueño, etc., son excusas que con frecuencia se buscan para no afrontar un encuentro que lo tiene todo menos sexualidad, es decir, todo menos comunicación. Y las enfermedades crónicas lo suelen agravar.

Casi todas las propuestas para el tratamiento de la anorgasmia incluyen entrenamiento en masturbación y mecanismos para inhibir la ansiedad, habiéndose puesto de manifiesto

que la masturbación es sumamente eficaz para el tratamiento (Andersen, B. L., 1981).

Sin embargo, no existe evidencia científica de que las diferentes técnicas empleadas para inhibir la ansiedad contribuyan a la experimentación del orgasmo, lo que ha llevado a algunos autores a suponer que la ansiedad no tenga un papel relevante en la disfunción orgásmica (Meston, C. M., 2004). También casi todas las propuestas incluyen los ejercicios de Kegel (Kegel, A., 1952), sin embargo se ha verificado que no existen diferencias significativas en cuanto al orgasmo por el uso de los ejercicios (Fichten, C. S., 1983).

El trabajo de la dinámica corporal es una alternativa eficaz, en la cual las propuestas de la bioenergética (Lowen, A., 1977) pueden aportar ejercicios que faciliten el orgasmo. Son tres los grupos de ejercicios propuestos para los problemas del orgasmo (Lucas, M., 2007):

1. Respiración: el orgasmo es fundamentalmente una descarga placentera de la energía sexual. La respiración es el primer elemento responsable en la carga y descarga de energía en el organismo. Además la respiración es fundamental para poder llevar a cabo con éxito otros ejercicios bioenergéticos, necesarios para tratar la anorgasmia.
2. Vibraciones: aprender a dejar vibrar el cuerpo cuando está cargado de energía, deja casi despejado el camino a la consecución del orgasmo.
3. Anillos corporales: el flujo y la circulación libre de energía, se ve interceptado por los anillos de tensión, sobre todo el cervical y el pélvico, en el caso de la energía sexual. La tensión en estos anillos es posiblemente la principal causa de anorgasmias.

Francisco Cabello, director del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, propone una estrategia que recoge elementos de todos los modelos y que se centra en eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general, en la autoestimulación y distintos ejercicios de capacitación orgásmica (penetración con autoestimulación y heteroestimulación clitoridea) (Cabello, F., 2007). Claro está que todos estos ejercicios tendrán que estar matizados, dependiendo de la capacidad de movilidad, de la persona mayor, que sirven tanto para hombres como para mujeres, aunque como ya hemos visto los hombres suelen quejarse mucho menos de problemas de anorgasmia. Y por supuesto, estos ejercicios han de estar dirigidos por un profesional suficientemente preparado para ello.

6.6. Asesoramiento y terapia de pareja en las personas mayores

Las personas mayores pueden encontrarse en tres situaciones.

- 1.Sin pareja, lo cual es más frecuente que en otros grupos etarios, sobre todo en el caso de las mujeres mayores.
- 2.Con nueva pareja, lo cual es un hecho cada vez más frecuente, con la disminución progresiva del rechazo familiar y social, al hecho de que la persona mayor viuda vuelva a formar pareja.
- 3.Con su pareja de "toda la vida".

Cuando hay una nueva pareja, los problemas de la rutina y conflictos enquistados son mínimos, y los conflictos obedecen más a conflictos de acoplamiento a una nueva vida en común. Las parejas establecidas con muchos años de duración son las que van a presentar más problemas derivados de la convivencia.

Los problemas sexuales pueden provocar problemas de pareja, pero a su vez, los problemas de pareja pueden ser motivo de la aparición de los problemas sexuales.

6.6.1. Evolución de las relaciones de pareja

Las parejas funcionan con una dinámica parecida a la de los pequeños grupos. Al fin y al cabo la pareja reúne todas las características de un pequeño grupo, con interacciones personales, que constituye una unidad psicológica específica, con normas y objetivos comunes, y sentimientos y emociones conjuntos.

La pareja suele evolucionar en cuatro etapas: inicio, de convivencia, de crisis y de madurez (figura 6.4). Estas etapas no tienen un tiempo concreto.

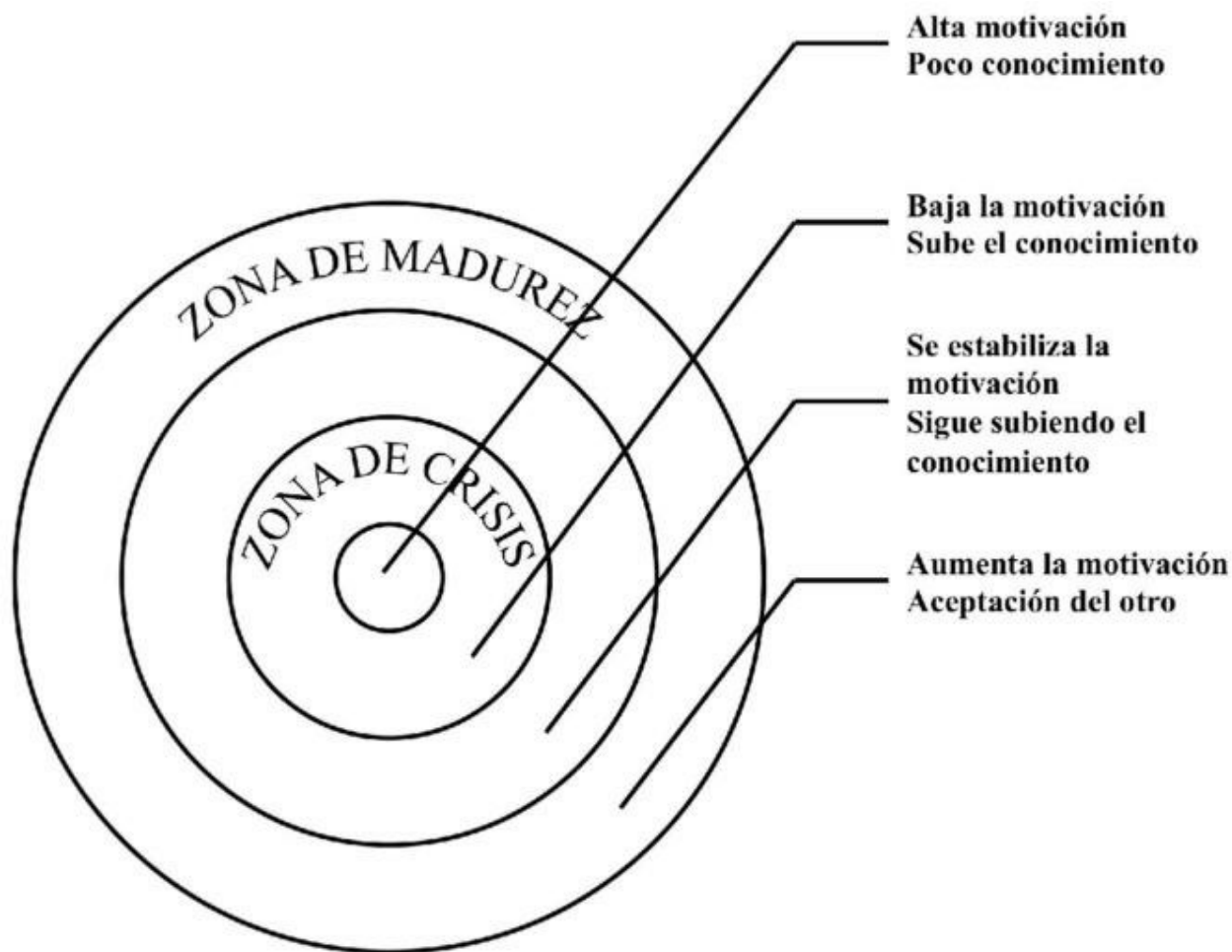


Figura 6.4. Evolución de la pareja.

A) Zona de inicio

El comienzo de las relaciones de pareja está marcado culturalmente por una fuerte moral monogámica y matrimonialista, con la infidelidad como obsesión negativa principal, y por otro lado por la influencia de la literatura medieval, que a partir del siglo xiii implanta un modelo de amor-pasión, en el cual el amor consumado no tiene historia en la literatura occidental (Rougemont, D., 1978). Casi todas nuestras historias acaban en aquello de "se casaron, fueron felices y comieron perdices". En definitiva, el amor feliz no es novelable. En el amor-pasión la sincronía interaccional existe sólo en el deseo y en la necesidad comunicativa, pero nunca en su consumación, pues este amor acaba con ella.

El fracaso está asegurado cuando se intenta llevar este modelo de amor a la pareja establecida, porque el amor-pasión del inicio de las relaciones no puede prolongarse más

allá de su consumación, pues a partir de ésta lo que comienza es otra historia. La incomunicación entonces no está sólo generada por motivos ajenos a la pareja, sino que ya intervienen problemas interiores, concernientes a la propia relación. La dependencia fuertemente establecida, vehementemente deseada en la fase de amor pasión se intentará seguir manteniendo a toda costa después, pero el deseo vehemente dejará paso a la imposición mutua como principal fuerza en este establecimiento.

B) Zona de convivencia

La zona de convivencia se inicia marcada por un "fueron felices y comieron perdices", a partir de lo cual comienza a compartirse, lavadora, mesa y cama. Y con ello comienzan las tareas de encaje.

- Bajar desde las pasiones a la realidad de lo cotidiano.
- Reparto del poder.
- Reparto de tareas y de roles.
- Decisiones económicas.
- Equilibrios en las demandas de necesidades amorosas y sexuales.
- Compartir gustos diferentes.

C) Zona de crisis

Cuando las tareas de encaje comienzan a producir roces, desajustes, desacuerdos, solapamientos y huecos en el puzzle de poderes, tareas y roles, necesidades amorosas y sexuales no satisfechas, choques entre gustos e intereses contrapuestos, etc., comienza la zona de crisis. Todo esto acompañado del momento más bajo de motivación, porque la pasión amorosa comienza a diluirse, y la rutina de la vida cotidiana comienza a hacer estragos.

La zona de crisis es una etapa que con mayor o menor intensidad viven todas las parejas, y es el momento del pico más alto de todo tipo de conflictos. Esta zona de crisis es una etapa decisiva para el futuro de la pareja, pues en ella se decide claramente qué camino va a seguir la pareja (figura 6.5).

Uno de los caminos posibles desde la zona de crisis es el de la ruptura. Cuando los conflictos no se resuelven convenientemente, y acaban siendo insoportables, puede

acabar en ruptura. Y la ruptura, desgraciadamente, no es el final, porque en toda guerra luego vienen las represalias y los efectos de los destrozos.

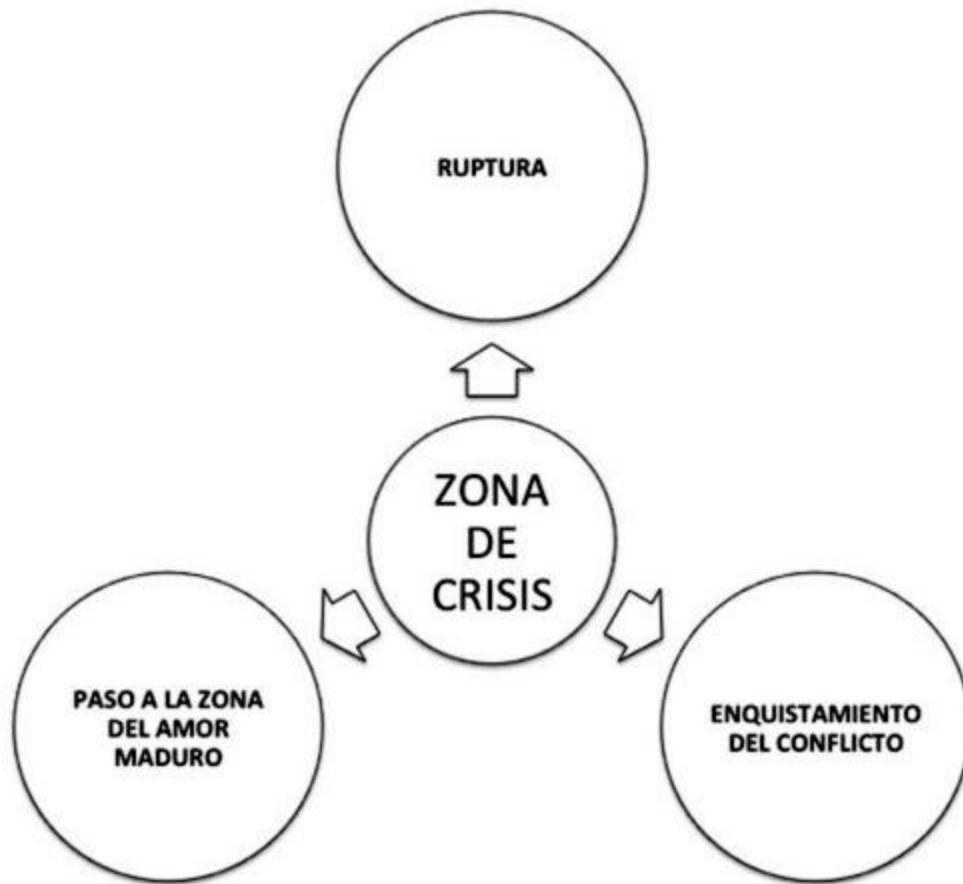


Figura 6.5. La resolución de la zona de crisis en la pareja.

Otro camino es el enquistamiento del conflicto, y llega en aguantarse y tolerarse, por conveniencias sociales, ideológicas, económicas o parentales.

Aguantarse y tolerarse son actitudes que sustituyen a la comunicación, y como resultado la agresividad que genera la insatisfacción de la sed de piel se proyectará muchas veces sobre el otro, que si tolera la acumulará sobre sí, junto a su propia agresividad, y si no tolera habrá comenzado la guerra. Esta situación se soporta durante años, y muchas veces durante toda la vida, envuelta en ocasiones en un manto externo e hipócrita de "felicidad mutua". Muchas parejas de mayores se encuentran en esta situación.

El tercer camino, es el camino hacia el amor maduro. Cuando las piezas del puzzle comienzan a encajar, la motivación vuelve a subir, esta vez desde el conocimiento. Se traza el camino hacia la madurez de la pareja. Esto no quiere decir que circunstancias

especiales no puedan trincar este camino, pero cuanto más solidez tenga la relación esta posibilidad es menor.

6.6.2. Asesoramiento de los conflictos de pareja en las personas mayores

Alguien decía que la paz no es la ausencia de conflictos, sino la capacidad para resolverlos. Realmente los conflictos son casi inherentes a las relaciones de pareja. Una pareja sin conflictos tiene todas las posibilidades de que eso obedezca más a una relación con el "electroencefalograma plano" que a un entendimiento absoluto y satisfactorio, lo cual sería una situación casi utópica.

Es más, en las parejas de personas mayores con años de evolución es más frecuente la existencia de conflictos enquistados que, tras años sin resolverse, quedan así, encubiertos, y que sin que se saquen a la luz todos los días, no obstante, producen distanciamiento y frialdad en las relaciones.

Lo importante para abordar los conflictos de pareja es identificar el tipo de conflicto en cada momento (figura 6.6).



Figura 6.6. Tipos de conflictos de pareja.

A) Los conflictos reales

Cuando hay diferencias de criterios o de intereses, y estas diferencias están bien

identificadas y comprendidas, por ambas partes de la pareja, nos encontramos ante un conflicto real. Los conflictos reales se solucionan con la comprensión y ante todo con la negociación.

La comprensión es imprescindible entre las parejas. Comprender en primer lugar que las personas no son calcetines, ni felpudos. Cada persona tiene un carácter, desde lo flemático a lo irascible, desde la timidez a la extroversión, desde la frialdad hasta la pasión, etc. Y no podemos volverlas como calcetines. Y mucho menos pisarlas, ni humillarlas, aunque sea sutilmente, como si fueran felpudos. Comprender al otro y aceptarlo como tal, siempre y cuando el otro no trate de hacer lo contrario.

"La negociación es el arte de hacer que el otro se salga con la mía", decía alguien, pero realmente la negociación entre una pareja debe ser "el arte de hacer que el otro se salga con la nuestra". Y "la nuestra" significa la de ambos.

La tendencia de los juegos de sumas a cero, es decir, de uno gana y el otro pierde, con el tiempo, acaba haciendo perder a ambos. El juego de todos ganan siempre fue lo más rentable para todos en una buena negociación. La flexibilidad, la generosidad y la inteligencia han de presidir las negociaciones entre las parejas.

B) Los conflictos irreales

Los supuestos no comprobados y los malos entendidos son los mayores generadores de conflictos irreales en la pareja. En el libro de Paul Waslawi, El arte de amargarse la vida, en su contraportada, se relata la historia de un hombre que tiene que colgar un cuadro y se da cuenta que no tiene martillo. Decide ir a pedirselo al vecino. Cuando va de camino, comienza a pensar que el vecino quizás no quiera prestárselo, y que ha percibido que no le saluda correctamente. Dando vueltas y vueltas en su cabeza, finalmente llama a la puerta del vecino, y cuando sale le dice que se meta el martillo donde le quepa.

Es una historia que en muchas formas se repite en las relaciones de pareja. Supuestos no comprobados de lo que el otro hace, siente o piensa; malos entendidos: donde dije digo entendió Diego. En definitiva, fallos en la comunicación verbal y no verbal. La medicina ideal para este tipo de conflictos se llama comunicación.

La comunicación siempre necesita un emisor y un receptor, y tan importante es uno como el otro. Pero en nuestra cultura suele ser aún mas deficiente el receptor, por las escasas habilidades de escucha. Y esto con los años puede encontrarse bastante enquistado. Por eso hay que reaprender a comunicarse. Hay que trabajar tanto en el

mensaje como en la recepción de éste. Reaprender a escuchar, y a tener presente que una conversación la controla mejor quien más escucha que quien más habla. Parafrasear antes de contestar, para que quede claro que lo que se ha entendido es lo que el otro ha querido decir, y no otra cosa, y finalmente, ante cualquier duda siempre preguntar. Asertividad y confirmación de supuestos no comprobados. Disentir sin ser desagradables. "Las buenas maneras están hechas de insignificantes sacrificios" (R.W.Emerson).

C) Los conflictos inventados

Hay conflictos que más o menos conscientemente tienen como finalidad conseguir algo. En consulta recibí a una pareja que todas las noches reñía a la hora de cenar y nunca a otra hora del día. Finalmente, el conflicto se generaba porque la mujer tenía fobia al contacto y al olor del semen, y todas las noches aparecía un conflicto para el cual servía cualquier excusa, y así se evitaban las relaciones sexuales. Se trató la fobia y el conflicto desapareció. Hay conflictos inventados con el afán de destruir, y éstos son los más peligrosos.

De todas formas, ante los conflictos inventados, la actuación es identificarlos como tales y ponerlos al descubierto, para combatirlos o tratarlos.

D) La doble cara de los conflictos

Los conflictos pueden ser una amenaza para las relaciones de pareja, pero también pueden ser una oportunidad de mejora. El conflicto como riesgo:

- Puede afectar a la autoimagen y autoestima de la pareja.
- Restringe los canales de comunicación y dificulta la interacciones necesarias para la relación de pareja. - - - - -
- Hace más probables las distorsiones en la percepción interpersonal y los estereotipos.
- Fomentan la polarización, las actitudes y comportamientos hostiles, estableciéndose la creencia de que no es posible cooperar, y de que doblegar al otro es una cuestión de fuerza.
- Pueden romper la pareja.

El conflicto como oportunidad:

- El conflicto puede promover la reflexión y ser un motor de cambios.
- Puede ser una ocasión para aprender y entrenar habilidades de negociación.
- Si se resuelve de modo cooperativo, puede contribuir a reforzar la identidad de la pareja y la cohesión.
- Puede contribuir al aprendizaje de las habilidades de comunicación, rompiendo procesos sustentados en el rumor y el chisme.
- Puede fomentar el reconocimiento de la legitimidad desde diferentes puntos de vista.

Pueden contribuir a la progresiva consolidación y madurez de la pareja.

Los dos caminos en la resolución de los conflictos llevan a finales diferentes: a la ruptura o el enquistamiento, o al amor maduro. Lo importante es propiciar que las parejas elijan el segundo.

En la etapa de la vejez, el amor en pareja puede ser más sólido y consistente. Es el momento de amarse y entregarse mutuamente y sin excusas, y afrontar juntos las dificultades físicas que traen consigo el paso de los años.

Esto es tan ventajoso que hasta disminuye el riesgo de desarrollar Alzheimer y otras enfermedades mentales, según un estudio realizado por investigadores de la Universidad Vaxjö y el Instituto Karolinska de Suecia (Håkansson, K., 2009). Y por supuesto mejora las relaciones sexuales.

6.6.3. Mejorar las relaciones sexuales para mejorar las relaciones de pareja en las personas mayores

Las relaciones sexuales están desaparecidas o fuertemente disminuidas en las personas mayores. Retomarlas o recuperarlas puede ser un elemento fundamental para la terapia de pareja. Para ello es aconsejable:

- No oír siempre la "música" de la misma manera, poner un ecualizador en las relaciones que mezcle para cada ocasión y cada circunstancia multitud de tonos y tonalidades entre la ternura y el desenfreno, la afectividad y la pasión, el placer y la comunicación. A veces mucha piel, otras genitales, y muchas ambos. En ocasiones sin orgasmos, otras con orgasmos, sean intensos o "discretos".
- A veces jugar mucho sin demostrar nada y otras demostrar mucho sin "jugarnos"

nada.

- Dejar el ecualizador en las posiciones preferidas para mucho tiempo o cambiarlas a menudo.
- Salir del corsé si nos ahoga, nos cansa, nos aburre o nos produce ansiedad. Y si nos va bien, no obsesionamos con "orgasmos reichanos". Las estrellas también se ven mirando el cielo.
- Aprender a respirar, a abandonamos y a reímos de los supuestos "fallos".

Una frase anónima dice que no hay que montar tanto follón por una contracción muscular que dura unos pocos segundos. Pero las relaciones sexuales pueden ser mucho más que una "contracción muscular", que un orgasmo, que un mete y saca, que una descarga o que un acto de gimnasia física y psíquica. Puede ser un lugar de encuentro, de fusión amorosa, de placeres poliédricos y creativos, de aventuras cotidianas en la extensa geografía de la piel y de las sensaciones. Aprender esto para los mayores contribuirá decisivamente en ese propósito general de añadir años a la vida y añadir vida a los años.

Bibliografia

- Addiego F., Belzer E.G., Comolli J., Moguer W., Perry J.D., Whipple B. Female ejaculation: a case study. *The Journal of Sex Research*. 1981; 17: 13-21.
- Alagiakrishnan K, Lim D, Brahim A, Wong A, Wood A, Senthilselvan A, Chimich WT, Kagan L. Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgrad Med J*. 2005 Jul;81(957):463-6.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR*. Washington: A.P.A.; 2000.
- American College of Physicians (2008, April 14). Testosterone Spray Improves Sexual Satisfaction Slightly in Premenopausal Women But So Does Placebo.
- Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *J Consult Clin Psychol*. 1981 Aug; 49(4):568-70.
- Arlt W, Justl HG, Callies F, Reincke M, Hubler D, Oettel M, Emst M, Schulte HM, Allolio B. Oral DHEA replacement. *J Clin Endocrinol Metab*, 1998; 83: 1928-34.
- Aversa A, Bruzziches R, Francomano D, Na-tali M, Gareri P, Spera G: Endothelial dysfunction and erectile dysfunction in the aging man. *Int J Urol* 2010; 17:38-47.
- Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ: The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int* 1999; 84:50 - 56.
- Bacon CG, Hu FB, Giovannucci E, Glasser DB, Mittleman MA, Rimm EB. Association of type and duration of diabetes with erectile dysfunction in a large cohort of men. *Diabetes Care*. 2002. 25(8): 1458
- Bachmann G, Lobo RA, Gut R, Nachtigall L, Notelovitz M. Efficacy of low-dose estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008 Jan-, 111(1):67-76.
- Bachmann GA, Ebert GA, Burd ID. Vulvovaginal complaints. In: Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects*. Philadelphia,

- PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999;195-201.
- Baulieu EE, Thomas G, Legrain S, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: Contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proc Natl Acad Sci.* 2000;97:4279-4284.
- Benjamin R. Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind (Filadelfia: Kimber & Richardson, 347 (1812)
- Biddle A. K., West S. L., D'Aloisio A. A., Wheeler S. B., Borisov N. N., Thorp J. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women: Quality of Life and Health Burden. *Value Health.* 2009 Jan 12.
- Blanker MH, Bosch JL, Groeneveld FP, Bohnen AM, Prins A, Thomas S, Hop WC. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology.* 2001, 57(4)
- Bolona ER, Uraga MV, Haddad RM, Tracz MJ, Sideras K, Kennedy CC, et al. Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(1):20-8.
- Bosland MC. The role of steroid hormones in prostate carcinogenesis. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2000;27:39-66.
- Bradford, AM. Behavior and symptom change among women treated with placebo for sexual dysfunction. University of Texas Libraries. 2009
- Braunstein GD, Androgen insufficiency in women: summary of critical issues. *Fertil Steril* 2002 Apr; 77, suppl 4:S94-9.
- Bridges L., *Uttermost Part of the Earth* publicado originalmente por Hodder & Stoughton, Londres, 1948
- Brown R.G., Jahanshahi M., Quinn N., et al. Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry.* 1990. 53: 480-480.
- Cabello-Santamaría F. Disfunciones sexuales femeninas. En Cabello F, Lucas M, editores. *Manual Médico de Terapia Sexual.* Madrid: Psimática; 2002.
- Cabello-Santamaría, F. Eyacuación femenina: nuevos hallazgos bioquímicos. *Revista*

- Argentina de Sexualidad Humana. 1998; 12 (1), 36-42
- Cabello-Santamaría F. Modelo Simple del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. En Lucas M. Cabello F. Introducción a la Clínica Sexológica. Editorial Elsevier. Madrid. 2007. Pag. 180-181
- Cabello-Santamaría F. Tratamiento sexológico de la anorgasmia. En Lucas M. Cabello F. Introducción a la Clínica Sexológica. Editorial Elsevier. Madrid. 2007. Pag. 223-226
- Cobi R. From the last meetings, 5th World Congress of the Aging Male, Febr/2006, Salzburg, Austria, ISSM Newsbu - lletin, Int Soc Sex Med, Aug/2006
- Comfort A. Los médicos fabricantes de angustia. Granica. Barcelona. 1977.
- Conaglen HM, Conaglen JV. Sexual Desire in Women Presenting for Antiandrogen Therapy. J Sex Marital Ther 2003; 4(29): 255-67.
- Conti G. L'erection du pénis humain et ses bases morphologico-vasculaires. Acta anat. (Basel). 1952; 24: 217-224.
- Cordier G, Rouprét M, Berthier R, Michel PL, Haab F, Cussenot O, Beley S. Prevalence and severity of erectile dysfunction in a population with coronary insufficiency: monocentric study. ProgUrol. 2008 Oct;18 (9):595-600.
- Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggi M, O'Neill TW, et al: Age-related changes in general and sexual health in mid- dle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). J Sex Med 2010;7:1362-1380.
- Courty E., Durif F., Kenut M., Courty P., Lavarenne J. Psychiatric and sexual disorders induced by apomorphine in Parkinson's disease. Clin. Neuropharmacol. 1997. 20: 140-147.
- Chaviano, R., Llaguno, M., Castañeda, A., en el documento: El fraude de Kinsey y sus consecuencias para la sociedad. <http://www.cwfa.org/kinsey.asp>.
- Cruz AJ. Fisiopatología del Envejecimiento. En: Serna 1. Psicogeriatría. Madrid: Jarpyo Editores; (1996)
- DeBusk R., Drory Y., Golstein L, Jackson G., Kaul S., Kimmel S.E., Kostis J.B., Kloner R.A., Lakin M., Meston C.M., Mittleman M., Muller J. E., Padma-Nathan H., Rosen R.C., Stein R.A., Zusman R. Management of sexual dysfunction in patients with

- cardiovascular disease: recommendations of de Princeton Consensus Panel. Am. J. Cardiol. 2000. 86: 62-68.
- DeBusk R.F. Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. Am. J. Cardiol. 2000. 86: 51-56.
- Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. Fertil Steril 2005;84:174-80.
- Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. Arch Intern Med 1990; 150: 197-200
- Dunn M.E., Trost J.E. Male multiple orgasms: a descriptive study. Arch. Sex. Behav. 1989; 18: 377-387.
- Elberdin L. La polémica clitoris-vagina. Orereta: Xenpelar; 1999 Elberdin L. La polémica clitoris-vagina. Orereta: Xenpelar; 1999
- Elizabeth Osgood Goodrich Willard, Sexology as the Philosophy of Life (Chicago: Walsh, 1867), 306-8.
- El-Sakka Al, Yassin AA: Amelioration of penile fibrosis: myth or reality. J Androl 2010;31:324-335.
- Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social http://ns.planCalidadSNS/docs/v5 w.msps.es/organizacion/s NSS_16dic09.pdf
- Feldhaus-Dahir M. The physiology and causes of female sexual arousal disorder: part I. Urol Nurs. 2009 Nov-Dec;29(6):440-3.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
- Ferrero, Adriana. Envejecimiento y vejez. Argentina: Editorial Atuel; 1998
- Fichten CS, Libman E, Brender W. Methodological issues in the study of sex therapy: effective componente in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. J Sex Marital Ther. 1983 Fall; 9 (3):191-202

- Firth, R. We, the Tikopia: A Sociological Study of Kinship in Primitive Polynesia. Boston: Beacon Press.1936
- Fisher, H. Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love. Henry Holt. 2004
- Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. Am. J. Cardiol. 2000. 86: 46-50.
- Fromm E. The Art Of Loving. Harper & Brothers, New York. 1956
- Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. J Sex Res. 2010 Mar;47 (2):199-211.
- Giuliano F, Clément P. Pharmacology for the Treatment of Premature Ejaculation. Pharmacol Rev. 2012 Jun 7
- Goldstein I, Lanes C, Pyke R, Scheld JS. National Differences in Patient-Clinician Communication Regarding Hypoactive Sexual Desire Disorder. J Sex Med. 2009 Feb 18.
- Gorodeski GI. Regulation of Paracellular Permeability in Low-Resistance Human Vaginal-Cervical Epithelia. Biotechnology: Pharmaceutical Aspects, 2008, Volume VII, 2, 339-367
- Gorodeski GI. Estrogen biphasic regulation of paracellular permeability of cultured human vaginal-cervical epithelia. J Clin Endocrinol Metab. 2001 Sep;86(9):4233-43
- Guay AT. Sexual dysfunction in the diabetic patient. Int J Impot Res ;13 Suppl 2001. 5:S47-50
- Gubern R. El eros electrónico. Madrid. Taurus. 2000
- Hakansson K, Rovio S, Helkala EL, Vilska AR, Winblad B, Soininen H, Nissinen A, Mohammed AH, Kivipelto M. Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study. BMJ 2009; 339: b2462
- Hannan JL, Blaser MC, Oldfield L, Pang JJ, Adams SM, Pang SC, et al: Morphological and functional evidence for the contribution of the pudendal artery in aging-induced erectile dysfunction. J Sex Med 2010; 7:3373- 3384.

- Harris SM, Adams MS, Zubatsky M, White M. A caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy. *Aging Ment Health*. 2011 Nov;15(8):950-60.
- Hartmann U, Rüffer-Hesse C. Sexuality and pharmacotherapy. Medication-induced disorders of sexual response and pharmacotherapeutic options for the treatment of sexual dysfunctions. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007 Jan; 50 (1): 19-32
- Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Rüffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*. 2004 - Volume 11 - Issue 6, Part 2 of 2- pp 726-740
- Heath R.G. Pleasure and brain activity in man: Jpeg surface electroencefalograms during orgasm. *J. Nervous Mental Disease*. 1972; 154: 3.
- Hellerstein H.K., Friedman E.H. Sexual activity and the post-coronary patient. *Arch. Intern. Med*. 1970. 125: 987-999.
- Jacobi A. "On Masturbation and Hysteria in Young Children", *American Journal of Obstetrics* 8 (1876): 595-6.
- Jannini EA, Lenzi A, Wagner G. New perspectives in the pharmacotherapy of erectile dysfunction. *IDrugs* 2003; 6(12), 1165-1172.
- Kaighobadi F, Shackelford TK, Weekes-Shackelford VA. Do Women Pretend Orgasm to Retain a Mate? *Arch Sex Behav*. 2011 Nov 17.
- Kaplan HS. Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Simon and Schuster; 1979
- Kauppinen, H. Aging in art: Beyond Stereotypes. *The International Journal of Aging and Human Development*. Volume 33, Number 3. 217-232. 1991
- Kegel A. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *West J Surg Obstet Gynecol* 1952; 60, 521-524.
- Kendirci M, Nowfar S, Hellstrom WJ. The impact of vascular risk factors on erectile function. *Drugs Today (Barc)*. 2005 Jan; 41(1):65-74.
- Kesselman S. *Dinámica corporal. Fundamentos*. 1985

- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. Comportamiento sexual en el macho humano. Filadelfia y Londres. W.B. Sangers Cia. 1948.
- Komisaruk BR, Wise N, Frangos E, Liu WC, Allen K, Brody S. "Women's Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence". The Journal of Sexual Medicine. 2011
- Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E, Billups K, Burnett AL, Carson C 3rd, Cheitlin M, Debusk R, Fonseca V, Ganz P, Goldstein I, Guay A, Hatzichristou D, Hollander JE, Hutter A, Katz S, Kloner RA, Mittleman M, Montorsi F, Montorsi P, Nehra A, Sadosky R, Shabsigh R. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). Am J Cardiol. 2005 Jul 15;96(2):313-21.
- Krafft-Ebing R. Psychopathia Sexualis. Stuttgart 1886.
- Labrie F, Cusan L, Gomez JL, et al. Effect of one-week treatment with vaginal estrogen preparations on serum estrogen levels in postmenopausal women. 2009 ;(16):30-36.
- Laenchli S. Power and Sexuality. The emergence of canon at the Synod of Elvira. Philadelphia. 1972.
- Laín Entralgo P. El cuerpo humano. Teoría actual. Espasa-Calpe. 1989
- Landry A. et al. Tratado de demografía. Payot, París. 1949.
- Lebrun F. La demografía, ¿caldo de cultivo o victorias de la vida?. Historia Universal Vol. VI. (19-25). Salvat. 1980
- Leiblum SR, Koochaki, Rodenberg, Cynthia A, Barton I, Rosen R. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause. January/February 2006 - Volume 13 - Issue 1 - pp 46-56
- Leiblum S.R., Pervin L.A. Principles and Practice of Sex Therapy. Guilford Press. New York. 1980.
- Levine, S.B. The nature of sexual desire: A clinician's perspective. Journal of Sex and Marital Therapy, 2003. 32, 279-285.
- Lewis M. Sexualidad. En: Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriátria. Barcelona: Ediciones Doyma; 1992.

- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):762-74.
- Lloyd E. *The Case of the Female Orgasm: Bias in Evolutionary Science*, Harvard University Press. 2005
- Lu LL, Jiang R. Impact of hypertension on female sexual function. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2011 Dec;17(12): 1121-4.
- Lucas M. Aplicaciones específicas de la dinámica corporal en terapia sexual. En Lucas M. Cabello F. *Introducción a la Clínica Sexológica*. Editorial Elsevier. Madrid. 2007. Pag. 271
- Lucas M. *Invitación a una Sexología Evolutiva*. Madrid. Ediciones del Instituto de Sexología. IN. CI. SEX. 1991.
- Lucas M. Los procesos de sexuación: niveles biológicos. *Revista de Sexología*. IN. CI. SEX. n° 25 (monográfico). 1986.
- Lucas M. Problemas de lubricación vaginal. En Lucas M. Cabello F. *Introducción a la Clínica Sexológica*. Editorial Elsevier. Madrid. 2007. Pag. 59-60
- Lucas M. Problemas del deseo. En Lucas M. Cabello F. *Introducción a la Clínica Sexológica*. Editorial Elsevier. Madrid. 2007. Pag. 109
- Lucas M. *Sed de piel. ¿Feminizar el futuro?*. Psimática. 2009
- Mac Bride MB, Rhodes, DJ, Shuster, LT. Vulvovaginal Atrophy. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(1):87-94
- Macfarlane GJ, Botto H, Sagnier PP, et al: The relationship between sexual life and urinary condition in the French community. *J Clin Epidemiol* 49: 1171-1176, 1996.
- Malinowski B. *The sexual life of savages in North Western Melanesia*. New York: Harcourt, Brace & Co., Inc. 1929. Ed. cast. *La vida sexual de los salvajes del noroeste de Melanesia*. Morata. 1975
- Marberger M, Wilson TH, Rittmaster RS. Low serum testosterone levels are poor predictors of sexual dysfunction. *BJU international*. 2011;108(2):256-62.

- Marcuse H. Eros y Civilización. Bacon Press, Boston. 1953. Ed. casi. Ariel 1981
- Marsiglio W, Donnelly D. Sexual relations later in life: a national study of married persons. J Gerontol 1991; 46: S338-S344
- Marthol H, Hilz M.I. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. Fortschr Neurol Psychiatr. 2004 Mar; 72(3): 121-35.
- Martín F, Sánchez L. La práctica de la medicina en el paciente geriátrico. En: Medicina interna en el paciente geriátrico. Tomo 1. Martín, F. (Ed.) Saned. Madrid. 1990. 1826.
- Martín Peñasco de Merlo L.E. Cuerpo, Sexualidad y Deseo. Una aproximación filosófica. Madrid. Revista Española de Sexología. n° 110. 2002
- Martínez Havaloyas JM, Quepo Zaragoza A, Ferrandis Cortes C et al. Cambios en las hormonas sexuales en varones mayores de 50 años. Prevalencia de niveles bajos de testosterona y factores de riesgo. Actas Urol. Esp. 2008; 32: 603-610.
- Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response. Boston, Little, Brown. 1966.
- Masters W.H., Johnson V.E. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Interamérica; 1970.
- Meston CM, Frohlich PF. Update on female sexual function. Curr Opin Urol. Related Articles, Books, LinkOut. 2001.11(6): 603-9.
- Meston CM, Heiman JR. Acute dehydroepiandrosterone effects on sexual arousal in premenopausal women. J Sex Marital Ther 2002; 28(1): 53-60.
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. Annu Rev Sex Res. 2004; 15:173-257.
- Meston CM, Rellini AH, Telch M.I. Short and long-term effects of Ginkgo biloba extract on sexual dysfunction in women. Arch Sex Behav 2008; 37(4):530-547.
- Monga TN, Lawson JS, Inglis J. Sexual dysfunction in stroke patients. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1986. 67: 19-22.
- Montagu A. El sentido del tacto. Aguilar. 1981

Mora O.A., Sanchez-Criado J.A. Las feromonas en la endocrinología de la reproducción. en «Fisiología Endocrina». J.A. Fernandez-Tresguerres. EUDEMA S.A. 1989.

Morales A., Andropause: a misnomer for a true clinical entity. J.Urol., 2000; 3(3): 1-9

Morrisette DL, Goldstein MK, Raskin DB, Rowland DL. Finger and penile tactile sensitivity in sexually functional and dysfunctional diabetic men. Diabetologia; 1999. 42(3): 336-42

Nee LE, et al. Dementia of Alzheimer type. Neurol 1997; 37: 359-63

Newman AM. Arthritis and Sexuality. Nursing Clinics of North America, Volume 42, Issue 4, Pages 621-630

Nigro N, Christ-Crain M. Testosterone treatment in the aging male: myth or reality?. Swiss Med Wkly. 2012;142

Noguerol M, Berrocal M, De Alaiz J. Actividad sexual en ancianos en un medio rural. Aten Primaria 1996; 3:105-10

North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogens for the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. 2007;14(3):357-369.

Nyunt A, Stephen G, Gibbin J, Durgan L, Fielding A, Wheeler M, Price D. Androgen Status in Healthy Premenopausal Women with Loss of Libido. J Sex Marital Ther 2005; 1 (31): 73-80.

Obeso J, Tolosa E, Grandas F. Tratado sobre la enfermedad de Parkinson. Madrid: Luzán; 1997. p. 90-113

Ordoñana J.R. Relación entre conducta/respuesta sexual femenina y variaciones hormonales durante el ciclo menstrual. Documentación uso interno IN.CI.SEX. Diciembre 1987.

Osorno D.. Sexualidad y vejez. En: López J, Cano C, Gómez J. Geriatria. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. P. 23-28 Persky H., Lief H.L, O'Brien C.P., Strauss D., Miller W. Reproductive hormone levels and sexual behaviours of young couples during the menstrual cycle. En R. Gemme y C.C. Wheeler (eds.). Progress in Sexology. Plenum Press. New York. 1977; 293-310.

- Papadopoulos C., Beaumont C., Shelley S.L., Larrimore P. Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. Arch. Intern. Med. 1983. 143: 1528-1530.
- Pérez C, Ureta S, Vargas IB, Silva JM, Torres LO, Fragas R, Ortiz F, Gómez L, TorresAguilar J, Cobarrubias LM, Vargas-Zamora H, Sánchez C, León H, Gómez H, De León S, Payan S, Zuerol J, Arrieta J, Tapia O, González G, Barraza J. Andropausia "El Concepto". Panorama en México y América Latina. Revista de Terapia Sexual y de Pareja 2003;17, 24-36.
- Ponholzer A, Temml C, Rauchenwald M, Madersbacher S. Vascular risk factors and erectile dysfunction in a cohort of healthy men. Int J Impot Res. 2006 Sep-Oct; 18(5): 489-93.
- Porst H, Giuliano F, Glines S, Ralph D, Casabe AR, Elion-Mboussa A, Shen W, Whitaker JS. Evaluation of the Efficacy and Safety of Once-a-Day Dosing of Tadalafil 5mg and 10mg in the Treatment of Erectile Dysfunction: Results of a Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Eur Urol. 2006 Aug; 50(2): 351-9.
- Pryor J, Althof S, Steidle C, Miloslavsky M. Efficacy and tolerability of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation. J Urol 2005; 173;201
- Rabins PV. Behavioural problems in the demented. In: Light E, Lebowitz BD, editor. Alzheimer's Disease, Treatment and Family Stress. Londres: Hemisphere; 1990. p. 322-339.
- Rellini AH, Clifton J. Female orgasmic disorder. Adv Psychosom Med. 2011;31:35-56
- Reinisch JM. The Kinsey Institute: New Report on Sex. New York: St. Martin's; 1991.
- Rodríguez del Álamo A. Situación actual de la enfermedad de Parkinson en España. En Hutton JT, Lynne R: Asistencia y cuidados del paciente de Parkinson. Madrid: Témpora Ed; 2002. p. 249-59
- Roquer J. Problemas neurológicos. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.a ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 1210-21
- Roose S.P., Seidman S.N. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor?. Am. J. Cardiol. 2000. 86: 38-40

Rougemont D.El amor y occidente. Kairós. 1978

Rowland DL, Tai W. A review of plant-derived and herbal approaches to the treatment of sexual dysfunctions. J Sex Marital Ther 2003;29(3):185-205.

Rubio-Casillas A, Jannini EA. New insights from one case of female ejaculation. J Sex Med. 2011 Dec;8(12):3500-4.

Russell J.C.La expansión demográfica. Historia Universal Vol. 4. (9-20). Salvat. 1980.

Santos Sala MD. Sexualidad en la vida adulta. En: Núñez de Villavicencio Porro F.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 165-70.

Sclmarch HD. Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy. New York: N.W.Norton & Company; 1991.

Schover L.R.Primetime: sexual healthf ormen over fifty.New York: Holt, Rinehart& Winston;1984

Schover LR, Lopiccolo J.Treatment effectiveness for dysfunction of sexual delire. J Sex Marital Ther 1982; 8, (3).

Segraves RT. Management of hypoactive sexual delire disorder. Advances in Psychosomatic Medicine, 2008. 29:23-32

Segraves RT, Croft H, Kavoussi R, Ascher JA, Batey SR, Fos - ter VJ, et al. Bupropion sustained release (SR) for the treat - ment of hypoactive sexual delire disorder (I-ISDD) in nonde - pressed women. J Sex Marital Ther. 2001;27:303-16.

Seidman SN, Araujo AB, Roose SP, Devanand DP, Xie S, Cooper TB, McKinlay JB. Low testosterone levels in elderly men with dysthymic disorder. Am J Psychiatry. 2002. Mar;159 (3):456-9.

Siewcki B.J., Mansfield L.W.Determing readiness to resume sexual activity. Am. J.Nurs. 1977. 77: 604.

Smith A.D.Causes and classification of impotence. Urol. Clin. North. Am. 1981. 8: 79.

Stúbbs B.Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour?. J Psychiatr Ment HealthNurs. 2011 Sep;18(7):602-7.

- Suckling J, Kennedy R, Lethaby A. Local oestrogens for vaginal atrophy in postmenopausal women. 2006;(4):CD001500.
- Sztajzel J. Sexuality and heart disease. *Rev Med Suisse*. 2012 Mar 21;8(333):631-4.
- Tabak N, Shemesh-Kigli R. Sexuality and Alzheimer's disease: can the two go together? *Nurs Forum*. 2006 Oct-Dec;41(4):158-66
- Tejada LA. *Revista Historia* 16, Año 1, número 9. Enero de 1977, páginas 29 - 36
- Thurnwald, R. Banaro Society. *American Anthropological Association Memoirs* 3 (4). Menasha, Wis. 1916.
- Tissot, S.A.D. Onanism: Or a Treatise upon the Disorders of Masturbation, trad. A. Hume (Londres: Pridden, 1766)
- Traish A, Kim N: The physiological role of androgens in penile erection: regulation of corpus cavernosum structure and function. *J Sex Med* 2005;2:759-770.
- Travison TG, Araujo AB, Kupelian V, O'Donnell AB, McKinlay JB. The relative contributions of aging, health, and lifestyle factors to serum testosterone decline in men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007; 92(2): 549-55.
- Trompeter SL, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Sexual Activity and Satisfaction in Healthy Community - dwelling Older Women. *The American Journal of Medicine*. 37-43. 2012
- Vázquez C, Graña JL, Ochoa EFL. Trastornos Sexuales. En: Fuentenebro F, Vázquez C, editores. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw Hill; 1991.
- Vilardell E. Uso terapéutico de los andrógenos. *Jano* 2001;1409(61): 1720-5.
- Villar F, Banegas JR, Donaldo J, Rodríguez F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA. 2007
- Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M (2005). «A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time». *The journal of sexual medicine* 2 (4)
- West SL, Viniloor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Ann Rev Sex Res* 2004;15:40-172.

Wilson A. Native Wisdom for White Minds. Ballantine Books. 1995

Wu FC, Tajar A, Beynon JM, Pye SR, Silman AJ, et al. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. N Engl J Med. 2010;363(2):123-35.

Xiaojun Ch., Qingying Z., Xuerui T. Cardiovascular effects of sexual activity. Indian J Med Res 130, December 2009, pp 681-688

Yeh KY, Wu CH, Tsai YF. Noncontact erection is enhanced by Ginkgo biloba treatment in rats: role of neuronal NOS in the paraventricular nucleus and sacral spinal cord.

Zarranz JJ, Fernández M. La prevención de la demencia. Jano 2000; 3: 39-44

Ziaei S, Moghasemi M, Faghihzadeh S. Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. Climacteric. 2010 Apr;13(2):147-56.

Zumoff B, Strain GW, Miller LK, Rosner W. Twenty-four-hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1995; 80:1429-30.

Zwang G. Manual de Sexología. Toray-Masson. 1978.

Índice

Introducción	15
1. Aspectos sociológicos de la sexualidad de los mayores	18
1.1. Una visión transcultural de la sexualidad madura y del envejecimiento	20
1.2. Sexualidad madura en la sociedad occidental	28
1.2.2. La sexualidad madura en Grecia y Roma clásicas	30
1.2.3. La irrupción del cristianismo y la moral sexual	31
1.2.4. La evolución de la moral sexual a través de los acontecimientos de la cultura occidental	35
1.2.5. La represión sexual en nombre de la ciencia	36
1.2.6. El ninguneo de la sexualidad madura y el procreativismo	39
1.3. El modelo occidental de relaciones sexuales y su influencia en la sexualidad de los mayores	43
1.3.2. Un modelo falocrático y masculino	44
1.3.3. Un modelo procreativista y gimnástico	45
1.3.4. Un modelo marginador y excluyente	46
2. Fisiología sexual en la madurez	46
2.1.1. La evolución de la respuesta sexual	48
2.1.2. El debate sobre la estructura de la respuesta sexual	49
2.1.3. La puesta en marcha de la respuesta sexual	52
2.1.4. La erección del pene	55
2.1.5. La lubricación vaginal	57
2.1.6. Fenómenos extragenitales de la respuesta sexual	58
2.1.7. Fisiología del orgasmo	59
2.1.8. Concepto de orgasmo	63
2.1.9. Las diferencias entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer	64
2.2. Cambios de la fisiología sexual con la edad en la mujer	67

2.3. Cambios de la fisiología sexual con la edad en el hombre	70
3. Educación sexual y promoción de la salud sexual para mayores	72
3.1. Las diferentes proyecciones de la educación sexual	74
3.1.2. El modelo preventivista	75
3.1.3. El modelo genitalizado	76
3.1.4. El modelo procreativista y sexista	78
3.1.5. El modelo biologicista y patologizante	79
3.1.6. El modelo frivolizante	80
3.2.1. Conocimiento del hecho sexual humano	82
3.2.2. Conocimiento de los comportamientos sexuales	83
3.2.4. Fomento de las capacidades para vivir la sexualidad	88
3.3. Matices y peculiaridades de la educación sexual para mayores	91
3.3.2. El ninguneo y la marginación actual de su sexualidad	93
3.3.3. La desproporción entre el número de hombres y mujeres	94
3.3.5. Las condiciones de vida de los mayores	95
3.3.6. El tiempo libre de los mayores	96
3.4.2. Líneas de acción	97
3.4.3. Plan de formación de profesionales	98
3.4.4. Los talleres con mayores	102
3.4.5. Una asignatura pendiente	107
4. Enfermedad crónica y sexualidad	107
4.1. Prevalencia de las enfermedades crónicas en los mayores y su proyección en la salud sexual	109
4.2. Problemas osteoarticulares en los mayores y sexualidad	111
4.3. Problemas neurológicos en los mayores y sexualidad	113
4.3.2. La enfermedad de Parkinson	116
4.3.3. La enfermedad cerebrovascular	117