

HOSPITAL PSIQUIATRICO DOCENTE  
"LUIS RAMIREZ LOPEZ"  
GUANTANAMO

## LA JUBILACION DEL SEXO

*Dr. Regino Rodríguez Boti<sup>1</sup>, Dra. Ana Ivis Melián Hechavarría<sup>2</sup>*

**El atardecer de la vida también debe tener un significado propio  
y no ser meramente un triste apéndice de su amanecer.**

**Carl Jung.**

Nos hemos acostumbrado a oír términos como vejez, ancianidad, personas mayores, adultos mayores, personas de edad, senectud y otros. Ultimamente se usa el término "tercera edad". Tal vez todas estas denominaciones han creado confusión, pues las diversas organizaciones que tienen que ver con los ancianos señalan diversas edades para la vejez.

Para la OMS la tercera edad arranca a los 50 años, edad próxima al retiro. Para otros autores, franceses especialmente, la vejez se inicia a los 65 años. Todo es relativo: en regiones desnutridas y antihigiénicas del tercer mundo se es viejo a los 40 años, pero en Rusia se conserva ese término para los mayores de 75 años. A los efectos de nuestro trabajo consideramos personas de tercera edad a las mayores de 60 años.

**El envejecimiento:** Proceso que teóricamente comienza con la concepción, y definido por Devesa (1991) como: "los cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzada la madurez reproductora, que implican una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos, y tienen como consecuencia un aumento de las

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Psiquiatría.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Histología*

probabilidades de muerte con el tiempo. Incluye cuatro aspectos: universalidad, carácter progresivo e irreversible, naturaleza intrínseca y proceso perjudicial.

Hoy día se vive 30 años más que a principios del siglo XX, y la esperanza de vida en Cuba es de 75 años; se destaca actualmente un patrón demográfico típico de población envejecida; incluso cuantitativamente, hoy viven en nuestro país más adultos mayores que adolescentes.

La humanidad entra al milenio asumiendo dos tendencias: baja natalidad y alta esperanza de vida. Actualmente, Cuba es el país más envejecido de América Latina. Este proceso se agudizó en los últimos años, y debe intensificarse de manera significativa en los próximos. Para el año 2010 se pronostica que el 16.5% de la población cubana (2 millones de habitantes) tendrá 60 años o más; y para el 2025 serán el 25%.

Un indicador del incremento de la expectativa de vida del cubano de hoy es que los sujetos de 60 años viven 20 años más y los de 80 viven 7 años más.

En el siglo XXI resulta doloroso encontrar el estereotipo de una "ancianidad asexuada" en la imagen social (popular) cubana, que repercute, directa o indirectamente, en la calidad de vida de este, cada vez más numeroso, grupo poblacional.

La presencia de algunos factores sociopsicológicos inciden en la sexualidad de los adultos mayores, lo cual merma su calidad de vida. Si partimos del reconocimiento de que esta es una etapa matizada por intensos conflictos afectivos, disminución de condiciones físicas y mentales, reducción o ausencia de opciones sociales, y de aptitudes para desempeñar una determinada función, que no satisfaga las expectativas individuales o no se ajuste a la de los demás.

La **esperanza de vida** y su incremento, en términos de política de salud, debe asociarse al concepto, ya que el hecho de incrementar años de existencia al ser humano obliga a ofrecer condiciones de vida material y espiritual que satisfagan sus necesidades. La **calidad de vida** se comporta como un indicador del bienestar espiritual y material del hombre, el que, expresado en términos de salud, debe contribuir al perfeccionamiento del trabajo clínico y terapéutico.

Por lo hasta aquí descrito, consideramos abordar a continuación algunos aspectos psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad en los ancianos.

El desarrollo de la sexualidad en las distintas etapas de la vida no escapa a los condicionamientos de su historia. La identidad sexual se configura y se adquiere como una línea continua (sin interrupciones) en la que se incorporan lo social, lo psicológico y lo biológico. En cada individuo ésta es divisible en cuatro etapas: sexualidad infantil, adolescente, adulta y de la tercera edad.

El estudio de la vejez es un fenómeno relativamente nuevo, por lo que el conocimiento y la valoración de la sexualidad en esta etapa vital son, también para nosotros, una nueva exigencia.

La actitud fundamentada en el modelo dominante - sumiso de la pareja contemporánea, considera al individuo en su infancia / adolescencia: "demasiado joven para..." y en el estado de madurez avanzada, "demasiado viejo para...". Con este modelo, llegamos impotentes al mundo y lo abandonamos en igual condición. En términos de "poder" y "logros", sólo la fase de adulto tiene un valor positivo. Con este imaginario estereotipo social resulta sencillo comprender la frustración de la adolescencia y el rechazo a la vejez manifestado por muchos. La línea vital se vuelve impotente en dos puntos fundamentales: el inicio y su final.

Algunas creencias erróneas, que subsisten aún y merecen ser modificadas:

- Los viejos no tienen intereses sexuales (son asexuados).
- Los viejos no tienen capacidad fisiológica que les permita asumir conductas sexuales.
- Los que se interesan por la sexualidad son perversos o desviados.
- El modelo de sexualidad dominante (juvenil, genital, heterosexual, procreativo)
- Es indecente y de mal gusto que los viejos manifiesten intereses sexuales.
- Las desviaciones sexuales son más frecuentes.
- Son feos por ser viejos.
- La actividad sexual es mala para la salud, especialmente en la vejez.

Algunos factores socio - psicológicos que merecen ser cambiados.

- El modelo de figura corporal atractiva dominante.
- Falta de pareja sexual.
- Dificultades económicas o sociales.
- Condiciones físicas inadecuadas.
- Temor al desempeño sexual.
- Actitud negativa (social - familiar) ante los intereses sexuales de los adultos mayores.
- Actitud del personal institucional (de salud).
- Algunas limitaciones vinculadas al género.

Desdichadamente, en la actualidad, casi todas nuestras prácticas educativas, médicas, sociales y psicológicas están sustentadas por el modelo dominante - sumiso son dictadas por la edad en lugar de ser regidas por una condición auténticamente individual y personal.

La concepción del envejecimiento como un proceso social admite, a su vez, diversos enfoques. Entre ellos se destaca el **abordaje sociológico**, cuya unidad de análisis es la sociedad, y cuya atención se centra en el estudio de las características de ésta y en la forma de configurar similares oportunidades y condiciones de vida para los adultos mayores. Otro enfoque de índole más **psicológica**, cuya unidad de análisis son los individuos que envejecen, hace hincapié en la manera en que éstos enfrentan su proceso de envejecimiento. Una combinación de los dos anteriores es el **enfoque psicosocial**, que se interesa por la forma en que los individuos, entendidos como miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona. Esta perspectiva centra la atención en la forma en que los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, cómo buscan respuesta a los problemas que se les presentan, y cómo aceptan y asumen pérdidas y frustraciones.

Por otro lado, afloran circunstancias negativas como: **pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social.**

De lo anteriormente expresado se infiere que la falta de definición de un **rol social** para el anciano influye también en la dificultad de los individuos para otorgar un sentido pleno a la vida durante la vejez, ya que parte del sentido de la vida se obtiene, precisamente, al cumplir el rol básico asignado por la sociedad. Mientras el rol del niño es jugar y estudiar, y el del adulto, al decir de Freud, es trabajar y amar o construir una familia, el rol del anciano permanece indefinido. Si a esta indefinición se agrega el retiro forzoso del trabajo, se aprecia lo negativo que resulta desde el punto de vista individual.

Gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan el envejecimiento no son atribuibles a la edad *per se*, sino que son producto de la forma en que está estructurada la sociedad. Las características recién descritas son las que les dificultan a las personas que envejecen la satisfacción de sus necesidades, y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, truncándoles la iniciativa y la posibilidad de ejercer una vida plena

Envejecer no es sólo una condición social, sino también un proceso individual. Es importante señalar cuáles son las formas de enfrentar la vejez según la investigación *Viviendo el envejecer (Universidad Católica de Chile, 1991)* en la cual muestran la existencia de 3 formas:

- Una forma mayoritaria, que enfrenta el envejecimiento con resignación: esta modalidad incluye a quienes envejecen conformándose con lo que les acontece, sintiendo que no pueden hacer mucho por cambiar la situación que les toca vivir.
- Un grupo minoritario fue el de la aceptación sabia de que la vejez incluye a quienes reconocen sus propias limitaciones y las aceptan con naturalidad; están satisfechos con su vida, intentan aprovechar las oportunidades que se les ofrecen y utilizan sus capacidades.
- Por último, otro grupo minoritario mostró desesperación frente a la vejez. El temor y la angustia de envejecer dominan a quienes temen un futuro próximo de sufrimiento y de deterioro. Se sienten frustrados e insatisfechos con su vida presente; tienen, también, miedo a la muerte.

Nosotros creemos que el **buen envejecer** está presente cuando los cambios que implica el paso del tiempo son asimilados de forma positiva por la persona que envejece y por la sociedad en que vive. Respecto a la sexualidad, estas personas mantienen intereses y actividad, la asumen de una forma armónica y natural que complementa y enriquece la personalidad. Socialmente, asumen un rol que los integra; son creativos, activos y conservan la autonomía. Como *ideología*, se opone formalmente al "viejismo" o al "ancianismo".

Resumiendo, envejecer bien o mal también dependerá, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos que envejecen.

## **SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD.**

El desarrollo sexual humano es un proceso que abarca toda la vida: comienza con la fertilización y se caracteriza por cambios continuos a través de toda la existencia. Cada persona tiene sentimientos, actitudes y creencias sexuales procesadas a través de una perspectiva intensamente individual, la cual se conforma por experiencias personales, tanto íntimas como sociales. Es imposible entender la sexualidad humana sin reconocer su naturaleza multidimensional, en la que entran en juego elementos biológicos, psicológicos y socioculturales.

Kinsey (1948), Pfeiffer (1968), Bretschneider (1988) y otros coinciden al hallar en sus investigaciones que un porcentaje importante de individuos mayores de 70 años conserva el interés y la actividad sexuales. Posteriormente, otros estudios confirmaron que la preservación de la actividad sexual forma parte de un envejecimiento vigoroso, y demostraron que no hay una edad específica en la que la sexualidad termina, pues muchos individuos continúan su actividad sexual en la

séptima, octava y aun novena década de la vida; además, también demostraron que los individuos de 60 años y más se encuentran atractivos y sexualmente deseables los unos a los otros.

Cambios sexuales en el hombre anciano:

- Disminución de la capacidad eréctil.
- Período de meseta más prolongado.
- Para lograr el orgasmo requiere mayor estímulo.
- El número de contracciones disminuye en frecuencia y duración.
- Demora más en eyacular.
- Disminuye la necesidad física de eyacular.
- Disminuye la intensidad vivencial eyaculatoria.
- Período refractario más prolongado.

La falta de información sobre los hechos antes mencionados por parte del anciano y del equipo de atención, y la tendencia a la comparación de la actividad sexual actual con la pasada, puede conducir a mal interpretar esta situación como "impotencia", lo que genera extrema ansiedad y crea un círculo vicioso que afecta gravemente la vida familiar y la autoestima.

Cambios sexuales en la mujer anciana:

- Los dependientes del bajo nivel de estrógenos.
- Disminución de la elasticidad vaginal
- Retraso en la lubricación vaginal.
- Disminución de la elasticidad de los músculos perivaginales.
- Atrofia de la piel, mamas y genitales.

Los cambios descritos a nivel vaginal son más frecuentes en la mujer célibe o sin actividad sexual por períodos prolongados de tiempo que en la mujer anciana sexualmente activa. Ponderando los cambios genitales, la capacidad de disfrutar la actividad sexual no disminuye, y la mujer permanece con capacidad multiorgásmica a pesar del incremento de la edad.

La actitud asumida por parte de la familia, la sociedad y los propios ancianos ante la sexualidad, condiciona la existencia de varios factores que inciden en la vida sexual de éstos. La norma cultural de unir la sexualidad a la juventud puede provocar vergüenza hasta la inhibición sexo - cultural cuando experimentan excitación o deseos sexuales, que puede traducirse como pérdida de interés o impotencia.

Por su parte las enfermedades, en su mayoría crónicas, a las que están expuestos los ancianos, aumentan el riesgo de padecer disfunciones sexuales; por ejemplo la

diabetes mellitus (por trastornos fisiológicos), artritis (por hacer el acto sexual más difícil o por debilidad general), por provocar trastornos importantes en la erección como la arteriosclerosis, por fatiga, letargia o disminución en el deseo y la potencia sexuales en la enfermedad renal y el hipotiroidismo, respectivamente, y algunos procedimientos quirúrgicos que afean la apariencia externa de las personas ancianas pueden afectar la sexualidad por inhibición, vergüenza o pérdida de la autoestima. También, medicamentos como los antihipertensivos, diuréticos, benzodiazepinas, simpaticolíticas y antidepresivos tricíclicos pueden afectar el deseo o provocar impotencia.

A la hora de valorar y manejar la disfunción sexual, es muy importante la actitud que mantienen los miembros del equipo de atención respecto a la sexualidad de los ancianos. Por eso, es importante hacer una evaluación integral, obtener una historia clínica completa que incluya el uso de medicamentos, estado de salud del/a compañero/a y el tipo de relación que mantienen, los sentimientos del paciente y su entorno social sobre su propia sexualidad y un examen físico completo. El tratamiento de la disfunción sexual debe ser individualizado y, de preferencia, involucrando a la pareja.

## **CONSIDERACIONES FINALES.**

En la actualidad no tiene ningún fundamento la mitificación que se ha hecho sobre la sexualidad de los ancianos, y se puede concluir que la creencia de que los ancianos son no deseables, no deseosos e incapaces, debe ser sustituida por los siguientes hechos:

- Los ancianos permanecen interesados en el sexo;
- la actividad sexual es posible en las últimas décadas de la vida;
- los ancianos de ambos sexos son atractivos y sexualmente deseados por otros;
- la sexualidad activa contribuye al bienestar en el anciano, más que constituir un peligro para la salud;
- la expresión sexual saludable en la vejez es un signo de salud mental; y
- la sexualidad es un elemento presente e importante en la óptima calidad de vida del anciano.

Como se afirma en la resolución 46/91, que incluye los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad "para dar más vida a los años que se han agregado a la vida"...entonces, **no jubilemos el sexo.**

## BIBLIOGRAFIA

1. Devesa Colina E, *et al.* Geriatría y Gerontología. Ed. Científico - Técnica. La Habana. 1992: 28-37.
2. Serguera Meriño I. Sexualidad y Tercera Edad. Tesis de Maestría en Intervención Comunitaria. CENESEX, La Habana, 1999.
3. Oficina Nacional de Estadísticas. La Población Cubana en el Contexto Mundial: Ed. ONE, La Habana, 1997: 1-4.
4. Flores Colombino A. Sexología en Geriatría. Rev Urug Sexol 1979 (1):89-94.
5. Helander J, Thomae H. Aging and Society: Contributions of Behavioral and Social Gerontology. New Perspectives on Old Age. New York: Springer Publishing Co. 1982:305-9.
6. Townsend P. The Structural Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century. Aging and Society 1981; 1 (1): 5-28.
7. Chawla T. The participation of the Elderly in Development. UN, CSDHA, Valletta, Malta, Feb 1988:3-7.
8. Anzola Pérez E, *et al.* La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Años 90. OPS, OMS,1994: 57-65.
9. Díaz Noriega O. La Edad del Erotismo. Sexualidad en la Tercera Edad. Rev Sexología y Sociedad 1994;1 (1): 14-17.
10. Prieto Ramos O y Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Ed. Científico-Técnica.. 1996:35.
11. Sarmientos Brooks GV, *et al.* La Sexualidad en el Adulto Mayor. Sexología y Sociedad. 1999; 5(13): 29-32.
12. Consejo Nacional de Población, Antología de la Sexualidad Humana, T 2, 1ªed, México: Grupo Editorial M. A. Porrúa, 1994:40-51.
13. Masters W H, *et al.* La Sexualidad Humana, Ed Rev. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:294-6.
14. López F, Fuertes A. Para Comprender la Sexualidad. 5ªed, Navarra: Editorial Verbo Divino 1994: 100-5.