Revista chilena de obstetricia y ginecología
versión On-line ISSN 0717-7526

Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.2 Santiago 2003

http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011
REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(2): 150-162

Documento

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: ¿MITO O REALIDAD?*

Dra. *Adela Herrera P.*

Jefe de Servicio de Geriatría y Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico J.J. Aguirre,
Universidad de Chile y Clínica Las Condes

Servicios Personalizados

Articulo

Articulo en XML
Referencias del artículo
Como citar este artículo
Traducción automática
Enviar articulo por email

Indicadores

Citado por SciELO

Links relacionados

Similares en SciELO

Permalink

El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana hasta el punto de que, a veces se opta por no resolverlo con razones y dejar que cada caso encuentre su solución espontánea.

Estamos muy conscientes de la importancia que tiene la salud sexual, tanto en lo mental como en lo físico, para nuestra sensación de bienestar y nuestra capacidad de participar en los dos aspectos más importantes y significativos de la vida humana: capaz de trabajar y de amar. No obstante, la mayor parte de nosotros creemos con conocimientos limitados de lo que se espera en seres humanos sexuados, esto es, qué podemos prever cuando nuestros cuerpos alcancen la madurez biológica y qué esperamos cuando debemos enfrentarnos en sentido emocional con estos cambios. De todo lo que se enseña en la educación básica y universitaria, nada tiene tanta importancia práctica para la vida personal como el conocimiento de la sexualidad humana, pero, más que el conocimiento académico, se deberían priorizar los aspectos emocionales como sentirse cómodo con la propia sexualidad ya que esto acarrea consecuencias perdurables y que no se pueden medir. En término de la salud

mental es urgente comprender con claridad los aspectos biológicos, psicosociales y conductuales de la sexualidad en cada etapa de la existencia humana.

Nuestra incapacidad de ocuparnos de nuestra propia sexualidad en forma coherente y organizada es el reflejo de la confusión general que existe en nuestra sociedad sobre los aspectos sexuales.

La sexualidad es y ha sido una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y en la que aún prima muchas veces la anécdota sobre el conocimiento científico. Y si esto es cierto a cualquier edad lo es, especialmente en personas de edad avanzada. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad.

En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales sanitarios. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual. Esto, explicado erróneamente en algunos casos, por el supuesto de que los ancianos son sexualmente inactivos; y en otros, debido a la incomodidad de formular las preguntas o el temor de no poder responder adecuadamente a las dudas que plantee el paciente mayor en este tema.

En una sociedad que está envejeciendo progresivamente, la sexualidad debería permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y a los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

Desde hace algunos años estamos asistiendo a un proceso de transición demográfica que obligadamente se debe acompañar de un proceso de revisión de la "cultura de la senilidad" donde se incluye también la variable de la sexualidad. Estamos, además, en la era del reciclaje: todo se recicla, incluso la vejez. Pero, en el área de la sexualidad está el peligro de "reciclar al viejo en un falso (e imposible) joven" con mitos y estereotipos sexuales basados en la prestación, la eficiencia y en la capacidad de identificarse con un joven con prodigiosas capacidades sexuales; concepto muy opuesto al antiguo que relacionaba la sexualidad con la procreación y consideraba al anciano como asexuado quedando excluido debido a la ineficiencia dada por la infertilidad. Pareciera que entre estos dos extremos, la sexualidad negada o la sexualidad impuesta no pudiera existir una imagen sexual en la que los componentes físicos, psicológicos y sociales se combinaran armoniosamente para crear una modalidad sexual específica que acompañe esta etapa de la vida.

Definiciones

El término sexualidad significa muchas cosas para distintas personas y diferentes etapas del ciclo vital.

Se define como Salud Sexual Geriátrica a "la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito" (Maslow).

Así en la vejez el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la *calidad* de la relación, más que en la cantidad de ésta. Este concepto se debe entender en forma amplia, integrando en él, el papel que juega la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades,

intereses, etc.

Fundamentos para comprender la sexualidad en la vejez

En la sociedad contemporánea el anciano, por el hecho de serlo, presenta más indefensión, y en el plano estricto de la sexualidad, la sociedad también le es hostil.

En efecto, el proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica, a un aumento de la vulnerabilidad frente a las enfermedades y en general a cualquier tipo de agresión.

Además, el proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por ser el momento más dramático de la existencia: la etapa de "las pérdidas" y de "los temores". *Pérdidas* de todo tipo que se producen en esta etapa de la vida: del papel productivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los amigos, los hijos, disminución de eficiencia física y de la independencia psicológica, etc.

Temores: temor a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia.

A esto se suma que en esta etapa se experimentan sentimientos contradictorios frente a la sexualidad y los temas relacionados con ésta evocan actitudes y reacciones muy distintas. Todo lo anterior sitúa al anciano, como individuo y como colectivo, en una posición de evidente debilidad (Herrera A., comunicación personal).

Todos los prejuicios sociales castigan al anciano, privándolo de su derecho a mantener su actividad sexual satisfactoria. Esto, sumado a los cambios producidos por el envejecimiento en la sexualidad y a la dificultad o falta de interés por estudiarla, nos lleva a una gran ignorancia en el tema, hacen que parezca hasta "improcedente" plantear siquiera la posibilidad que los Adultos Mayores (AM) vivan su propia vida sexuada. La gran mayoría de la sociedad e incluso gran parte de los profesionales sanitarios parecen pensar que el anciano es un "ser asexuado".

Comportamiento sexual de los ancianos

Dentro de los factores implicados en las modificaciones del patrón sexual y en el cese de la actividad sexual es indudable que el proceso de envejecimiento juega un papel importante. Con el envejecimiento fisiológico se producen una serie de cambios anatómicos en los órganos sexuales de los ancianos, que se acompañan de modificaciones funcionales en las distintas fases del ciclo sexual (Tablas I y II).

Tabla I

PRINCIPALES CAMBIOS ANATOMICOS EN LOS ORGANOS SEXUALES CON EL ENVEJECIMIENTO

Varón	*Mujer*
Angullo peneano-abdominal	¯ Tamaño ovario, trompa y útero
Ø Tamaño testicular	¯Longitud vagina
< Ascenso testicular con la erección	Atrofia de los labios mayores
Tamaño prostático	Atrofia de la mucosa de endometrio, cuello y vagina

Adaptado de Cruz Jentof A. y Ribera Casado JM (1992).

Tabla II

PRINCIPALES CAMBIOS FUNCIONALES EN LOS ORGANOS SEXUALES CON EL ENVEJECIMIENTO

Varón	*Mujer*
Erección más lenta y menos completa	¯Hormonas sexuales circulantes ¯Lubricación vaginal
Descenso rápido de la erección tras la eyaculación Frecuencia eyaculación retrógrada Orgasmo duración corta	
	Orgasmo duración corta ¯ Número contracciones orgásmicas ¯Intumescencia clítoris
Período refractario prolongado tras la eyaculación	Rápido descenso tras el orgasmo

Adaptado de Cruz Jentof A. y Ribera Casado JM (1992).

Factores fisiológicos

El DSM IV reconoce cuatro fases en el ciclo sexual humano: excitación, plateau, orgasmo y resolución.

Factores biológicos en el hombre anciano

La duración e intensidad de su ciclo sexual cambia incluso en ausencia de factores patológicos.

> *Fase de excitación:* el anciano necesita más minutos que el joven para lograr la erección y esta es menos firme además, se reduce la respuesta visual y táctil respecto a los jóvenes.
>
> *Fase de plateau o meseta:* es más larga por disminución de la fuerza del músculo cremaster con disminución de la elevación testicular.
>
> *Fase de orgasmo:* es más corta y con un menor volumen de líquido seminal.
>
> *Fase de resolución:* la pérdida del volumen peneano es más rápida y el período refractario está alargado.

Factores biológicos en la mujer anciana

Todas las fases del ciclo se mantienen pero con una intensidad menor.

> *Fase de excitación:* la fase de expansión y lubricación de la vagina está más alargada.
>
> *Fase de plateau:* la elevación del útero está disminuida; la duración y la intensidad a la estimulación sexual para lograr un orgasmo está aumentada.
>
> *Fase de orgasmo:* las contracciones musculares para el orgasmo existen pero disminuidas en número e intensidad, pudiendo haber contracciones dolorosas.
>
> *Fase de resolución:* está más alargada que en las jóvenes y presentan una reducción de la capacidad de multiorgasmo (Tablas I y II).

Factores hormonales

La testosterona juega un papel secundario en la reducción de la capacidad sexual, siendo mucho más importante las vías monoaminérgicas del sistema nervioso central las que al estar alteradas en el envejecimiento serán menos sensibilizadas por los andrógenos.

Estos cambios deben ser bien conocidos tanto por el personal sanitario como por los propios ancianos, evitándose

así una interpretación errónea de los mismos que pueda repercutir negativamente sobre la actividad sexual de este grupo etáreo. Este conocimiento permitirá una mejor adaptación a los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento y la adaptación de la actividad sexual de la pareja de ancianos a dichos cambios permite una sexualidad más completa, positiva y gratificante.

A los cambios derivados del envejecimiento fisiológico se pueden sumar la repercusión de otras patologías orgánicas crónicas y el consumo de fármacos. Estos pueden modificar el comportamiento sexual del anciano ya sea por alteración del sistema hormonal, o por las secuelas físicas y/o psico-sociales de las enfermedades crónicas que pueden originar algún grado de discapacidad.

Comportamiento sexual en la vejez

Los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales (Tablas I y II), en los órganos sexuales en los ancianos no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que exigen una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, evitándose así frustraciones y situaciones de ansiedad ante las siguientes relaciones sexuales, que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual.

Está demostrado que el sexo y la sexualidad juegan un papel importante en el envejecimiento saludable y pleno; sin embargo, las personas ancianas tienen una conducta sexual heterogénea en relación a sus apetitos e intereses. Además de los factores previamente mencionados que afectan la conducta sexual en el anciano (envejecimiento fisiológico, patología crónica, efectos secundarios de medicamentos) se suman los factores sociales que inciden fuertemente en la actividad sexual en la edad adulta.

Factores sociales

1. ***Autopercepción del atractivo sexual***

La persona que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrá relaciones sexuales satisfactorias. La sociedad, en general, cree que las ancianas son las que pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente debido a que se produce una pérdida más precoz de la capacidad de procreación en relación con el hombre.

Situación de la mujer mayor

En un mundo donde se privilegia a la juventud y la productividad no es difícil que exista miedo a "llegar a ser viejas", ya que, poco a poco, se les considera inútiles o "ya no útiles".

El climaterio anticipa este "sentimiento de vejez" en la mujer, sentimiento que en el hombre sucede dos décadas después, cuando comienza a perder prestigio (Herrera A., trabajo no publicado).

En general, para las mujeres la sexualidad sigue siendo algo negado, víctimas de la educación y la cultura. Es un mito que se pierde el apetito sexual. Lo único que se ha probado es que la duración de la fase orgásmica en la mujer de 50 a 70 años sufre una disminución paulatina que no tiene mayor importancia (Master y Johnson 1981).

Muchas mujeres creen erróneamente que terminada su función reproductiva se pierde, también, la función sexual. Pero, la sexualidad permanece sin muchos cambios. La respuesta sexual física a la estimulación se mantiene a pesar de los cambios hormonales de la posmenopausia (lo que se puede obviar con administración de hormonas femeninas). De acuerdo a los estudios de Master y Johnson (1995), la actividad sexual periódica protegería contra las alteraciones fisiológicas del envejecimiento en la anatomía sexual femenina.

En nuestra experiencia hemos comprobado que (Herrera A., trabajo no publicado):

- Los cambios físicos sufridos, secundarios al proceso de envejecimiento, no han logrado afectar en gran medida la sexualidad de la mujer AM, más bien han sido capaces de adaptarse a ellos (excepto, el hecho de presentar una menor lubricación vaginal, dependiendo de si la mujer recibe o no terapia de reemplazo hormonal).

- Las mujeres perciben su sexualidad como un aspecto relevante en sus vidas y el sexo está vinculado a su intimidad y al amor hacia su pareja: es una expresión más de amor.

- El amor se constituye como parte fundamental de la relación de pareja y en su vida en general, los años de convivencia no han menoscabado su intimidad, es más, demostraciones como abrazos, besos y caricias se observan en la cotidianidad de muchas relaciones. La mayoría concuerda que la vida en pareja es digna de vivirse.

- Uno de los hechos más relevantes a sido comprobar que uno de los mitos que más fuertemente existe para la sociedad en general, para los AM, y muy particularmente para la mujer AM, ya es prácticamente inexistente: La salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual, dado que pueden contar con un mayor espacio físico lo cual les ha permitido una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía: se cambia el mito de "síndrome de nido vacío" por el de "misión cumplida".

- Otro mito que se está derribando en nuestro medio es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y de que es impropio, "anormal", a sus años; mayoritariamente se observa una paulatina disminución del prejuicio "el sexo en el adulto mayor". Las mujeres no perciben el sexo como algo malo e incorporan el acto sexual como parte de sus vidas. Ya la sexualidad no está solamente relacionada con la procreación, sino que, es una parte integral de sus vidas. Pero, surge una contradicción ya que por otra parte, a las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sea su pareja quienes las busquen e inicien la relación sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida por esta generación, lo que conduce en algunos casos a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer.

- Además, se observa que para las mujeres adultas mayores el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional. Para muchas la belleza es clave en la percepción de la sexualidad. Para algunas el sentirse deseadas sexualmente pasa por el seguir sintiéndose bellas. El deseo de no verse "viejas", pasa por el culto, de la belleza juvenil y la belleza física, tan propios de nuestra sociedad. Además, se percibe que esta sociedad permite a los hombres envejecer sin ser tan duramente juzgados por su apariencia física, se les permite envejecer de muchas maneras, lo cual no ocurre con las mujeres.

2. ***Acceso a una pareja***

Un porcentaje importante de responsabilidad sobre este aspecto recae en ciertos hábitos culturales y sociales: en general no se considera correcto hablar públicamente de la sexualidad, y en el caso concreto de los ancianos suele parecer hasta "improcedente" plantear la posibilidad de que vivan su propia sexualidad. Paradógicamente, la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida, término tan despectivos como el "viejo verde" y la "viuda alegre" encuadran estas ideas. Todos estos mitos y prejuicios sociales castigan al anciano, privándole de su derecho de mantener su actividad sexual satisfactoria.

Más aún, debido a la mayor longevidad de la población es cada vez más probable que los ancianos se casen con parejas sexualmente incapaces, lo cual es más frecuente en las ancianas que normalmente se vuelven a casar con ancianos de mayor edad, transformándose en "esposas cuidadoras". Sin embargo, en los ancianos no es infrecuente el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes (Herrera A., comunicación personal).

La viudez

De acuerdo a estudios epidemiológicos, el hecho de perder la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso del cese de la actividad sexual. A esto se suma que, la interrupción prolongada de la vida sexual de un sujeto mayor dificulta la recuperación posterior de dicha actividad. Les resulta muy difícil la idea de obtener placer nuevamente con otra pareja distinta a su antigua pareja, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada.

La situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Además de la diferencia demográfica que juega contra las mujeres (relación de 1 varón/4-6 mujeres) tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios en las mujeres viudas, lo cual limita aún más la actividad sexual de éstas (Herrera A., trabajo no publicado). Se comprobó que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo (estudio longitudinal de Duke).

3. ***Dificultad para acceder a la intimidad***

Los ancianos que viven con sus hijos o los institucionalizados no cuentan con el ambiente más adecuado de intimidad para mantener relaciones sexuales o se lo prohiben expresamente.

Cambio del domicilio

No es infrecuente que el anciano tenga que abandonar su domicilio habitual, ya sea por problemas médicos o por incapacidad importante, acudiendo al domicilio de familiares directas o incluso ingresando en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre, como mínimo se pierde la privacidad e intimidad de la pareja y muchas veces pueden presentarse conflictos con los familiares o cuidadores directos por no entender las expresiones sexuales del anciano adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia los ancianos. Esta situación se agrava más cuando se separa a la pareja, con la intención de repartir las cargas del cuidado entre los miembros de la familia, sin pensar siquiera que exista una necesidad de manifestación sexual. Los familiares pueden intentar imponer las

normas de conducta que consideran apropiadas, sin plantearse que en esas nuevas situaciones los ancianos necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones.

Todo lo anterior se podría evitar si existiera un reconocimiento social generalizado de esta necesidad para así intentar, junto con los ancianos y sus familias, encontrar la mejor solución en el momento que se decida el cambio de domicilio.

Se debe mantener, en lo posible, el equilibrio entre la intimidad, dignidad y derechos del anciano, incluso cuando existe cierto grado de incapacidad mental, pues tienen capacidad para sentir placer, y en muchas ocasiones precisan tocar y ser tocados y sentir calor (Herrera A., trabajo no publicado).

Investigación de la sexualidad en ancianos

Estudios epidemiológicos

Las actitudes socioculturales frecuentemente "ageístas" (rechazo al anciano por el hecho de serlo) explican el desinterés científico por el tema; de hecho, el número de publicaciones relativas a investigaciones sobre la sexualidad en los ancianos sólo comenzó a tomar cierta importancia en los últimos años.

De los principales estudios epidemiológicos sobre la actividad sexual del anciano, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, se destacan:

- Von Krafft-Ebing (Capodeci, 1990), famoso estudioso de sexología de fines del siglo XIX, consideraba la sexualidad del anciano como un "perversión", justamente porque no era reproductivo.

- Kinsey y cols. (Morley, 1989, 1993), verdaderos pioneros en su trabajo, dedicaron sólo dos páginas al tema de la actividad sexual en el anciano, resumiendo que existe una disminución de la actividad sexual con la edad encontrando sexualmente activos a un 33% de los varones mayores de 70 años).

- Duke (Nilson, 1987, Pfeiffer E., 1972), concluyó que existe una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad. Encontró que un 76% de los varones y un 27% de las mujeres mayores de 65 años mantenían actividad sexual.

- McCary (1968) investigó a las mujeres ancianas certificando la participación de las mujeres casadas en la relación sexual, pero con una caída de la frecuencia debido al paso de los años.

- Diokno (Diokno, 1990), demostró una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad, encontrando una diferencia significativa a favor de los ancianos casados (73,8% activos) frente a los no casados (55,8/activos), así como del sexo masculino frente al femenino.

- Baltimore (Weg RB, 1991), concluye que existe una disminución global en la frecuencia de las relaciones sexuales, encontrando un 62% de varones mayores de 60 años sexualmente activos.

- Gotenborg (Weg RB, 1991), encontró una frecuencia mayor de actividad sexual en los varones (48%) que en

las mujeres (16%), destacando que el hecho de estar casados aumentaba la actividad sexual.

- Ribera (Ribera D., 1991), analiza la frecuencia de relaciones sexuales (coito) en mayores de 65 años, de los cuales 1/3 estaban institucionalizados. Concluyó que el 17,1% de los varones y el 4,7% de las mujeres mantenían actividad sexual.

- Master y Johnson (1981, 1995), pusieron de manifiesto que no existe un límite cronológico para una correcta respuesta genital pero, con el paso de los años, tanto en el hombre como en la mujer se verifica una lenta y gradual decadencia física del estímulo sexual. Lo que a menudo sucede es que este decaer físico se ve acompañado por un aumento del deseo, salvo en los casos que se deba a una enfermedad física.

- Rubin (1965) en su libro Vida sexual después de los sesenta, destacaba que, gracias a unos sexólogos, se consiguió llenar el vacío existente en los conocimientos médicos y en las experiencias clínicas relativas a la sexualidad de los ancianos y combatir el popular estereotipo del "viejo asexuado" que tanto ha perjudicado la salud y la felicidad de demasiadas personas mayores.

En la mayoría de los estudios epidemiológicos se demuestra claramente que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, y algunos encontraron que éste declinar es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la mayoría de estos estudios valoran la sexualidad del anciano de una forma cuantitativa (frecuencia de las relaciones completas, número de orgasmos, etc.), sin considerar los aspectos cualitativos, que son los más sensibles en los ancianos.

Además, en todos estos estudios se destaca un dato relevante: "la actividad sexual existe en los ancianos y en algunos casos es más la norma que en la excepción".

Cambios en el patrón sexual en el anciano

Como se ha mencionado previamente, el comportamiento sexual en la vejez depende de muchos factores: salud en general, disponibilidad de un compañero (a) sano (a), personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, etc.

La sexualidad en el anciano debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Por ello, se acepta como normal en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones.

Kinsey y otros investigadores demostraron que la masturbación es bastante común entre los ancianos (levemente menor que en los jóvenes). En algunos trabajos recientes (Morley) se demuestra que la masturbación es la actividad sexual más frecuente en los varones mayores de 80 años. El 40-50% de las mujeres independientes mayores de 60 años practicaba esta actividad, y hasta un 8% de ellas se masturban con una frecuencia semanal.

La prevalencia de la masturbación se explica, en muchos casos, por la existencia de una pareja incapacitada y por la frecuencia de viudez en edades avanzadas. Esto, unido al rechazo social que existe hacia el establecimiento de una nueva pareja, serían factores que propiciarían la satisfacción sexual mediante la masturbación.

Cese de la actividad sexual

El cese de la actividad sexual no es un suceso exclusiva y necesariamente cronológico sino que depende de muchos factores como el estado de salud y el grado de incapacidad física y mental (tanto del sujeto como de su pareja), la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales previas, la mal interpretación e inadaptación a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la situación afectiva y calidad de la relación con la pareja y con otras personas, y de otros cambios en el papel social del anciano, como la viudez, el cambio de domicilio, la institucionalización y las crisis de salud.

Efecto de la salud y la enfermedad en la sexualidad en la vejez

Las comunicaciones científicas concuerdan en que la mala salud física y/o psíquica está unida a una disminución de la libido y a una alteración de la respuesta sexual: toda enfermedad que desfigure el cuerpo o altere negativamente la imagen corporal alterará la conducta sexual disminuyéndola.

Efecto de las patologías médicas e incapacidad

1. *Patología cardiovascular*

No existen evidencias de aumento de muertes súbitas durante el coito en relación a la población normal, por tanto, los ancianos con cardiopatía isquémica, con insuficiencia cardíaca o cirugía previa de by-pass no deben evitar las relaciones sexuales sino acomodarlas al máximo posible sin que aparezcan angor o disnea.

2. *Hipertensión*

En varones con hipertensión la incidencia de impotencia, ya sea por la enfermedad o por efecto secundario a medicamentos, es del 15%. Algunos fármacos antihipertensivos tiene un efecto negativo en este campo el cual se debe tener en cuenta a la hora de seleccionar un tratamiento.

En presencia de hipertensión arterial leve o moderado no se debe restringir la actividad sexual.

3. *Patología pulmonar*

La dificultad en las relaciones sexuales no depende de la propia enfermedad, sino del grado de disnea, hipoxia y tratamiento con corticoides.

4. *Patología neurológica*

- *Enfermedad cerebrovascular (AVC):* la disminución de la autoestima, el déficit motor, los problemas de comunicación y depresión son las causas que producen alteración en la vida sexual. Se ha demostrado que la actividad sexual no es causal de AVC ni que incrementa el déficit nuerológico después del AVC.

- *Enfermedad de Parkinson:* no existe un deterioro en la sexualidad si la sintomatología está controlada: algunos fármacos (anticolinérgicos) pueden alterar las relaciones sexuales.

- *Demencia:* en períodos moderados y avanzados de la enfermedad se suele acompañar con problemas hiper o hiposexualidad; se cree que se deben a alteración de la liberación de neurotransmisores (somatostatina, acetilcolina, TSH, GH) a nivel hipotalámico.

Los ancianos con cualquier forma o grado de incapacidad mental plantean problemas específicos. La hipersexualidad no es rara y puede llegar a producir daños irreparables al propio individuo u otras personas. Por esto es muy importante que los profesionales que atienden a estos pacientes pregunten expresamente por estas conductas ya que muchas veces las familias ocultan este antecedente por vergüenza, retrasando el tratamiento de este.

Otro aspecto frecuente en el demente es la desinhibición, con comportamientos inadecuados en público (exhibición de genitales, tocamientos, masturbaciones), que resultan molestos u ofensivos especialmente dentro de las instituciones o residencias. Se debe redirigir estos comportamientos hacia lugares más privados, sin adoptar conductas punitivas. En las instituciones se procurará que la libertad de expresión sexual no limita el derecho a la intimidad y la libre expresión de otros residentes. En las residencias se debe disponer de un lugar para la intimidad del residente y su pareja pero, para esto es prioritario educar al personal a cargo de los ancianos en el conocimiento de todo lo que a la sexualidad concierne.

Es importante que se sepa que, aún los ancianos con un grado de incapacidad mental tiene capacidad para sentir placer, y que muchas veces necesitan tocar y ser tocados, sentirse queridos, sentir calor.

5. *Patología urológica*

- *ITU* (infección del tracto urinario) y uretritis: es más frecuente en mujeres la introducción de bacterias en la uretra durante el coito y está unido a mayor laxitud en el periné por déficit estrogénico.

- *Insuficiencia renal crónica:* produce alteraciones en la sexualidad secundaria a alteraciones hormonales (FSH, LH, estradiol, prolactina, testosterona).

- *Incontinencia urinaria:* no existe un deterioro en la sexualidad per se, pero un 45% de los ancianos incontinentes reconocen incontinencia de micción no controlada durante el coito en relación con disconfort psicológico.

6. *Patología osteoarticular*

No disminuye el deseo sexual. Solo requiere que el paciente se adecue a mantener relaciones sexuales que no le produzcan dolor. En algunos ancianos se produce impotencia secundaria a medicamentos (AINES, antipalúdicos).

7. *Patología endocrina*

- *Diabetes mellitus:* la prevalencia de disfunción sexual es muy alta (65%); su causa es multifactorial (Enfermedad macro y microvascular, polineuropatía, cambios hormonales, infecciones urogenitales).

- *Enfermedad tiroidea:* más frecuente en el hipotiroidismo, las alteraciones sexuales son secundarias a cambios hormonales (prolactina, estrógenos). Una vez corregida la enfermedad de base se normaliza el déficit en las relaciones sexuales.

8. *Patología psiquiátrica*

- Depresión: uno de los síntomas es la dificultad para mantener relaciones personales, y sexuales, placenteras: a esto se suma el uso de medicamentos que afectan la esfera sexual. Todo lo anterior explica la alta prevalencia de impotencia en ancianos con depresión.

- Psicosis: estos ancianos presentan alteraciones psicopatológicas en la esfera sexual (hipersexualidad, desviaciones sexuales) que necesitan de un tratamiento especializado.

9. *Cáncer*

Es frecuente la patología depresiva y ansiosa, por pérdida de la autoestima y mala imagen corporal.

10. *Fármacos*

El 10% de los medicamentos que se prescriben comúnmente causan impotencia (Tablas III, IV y V).

Tabla III

FARMACOS QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD EN LA MUJER

Signo y síntoma	*Fármaco*
Incremento de la líbido	Andrógenos, benzodiacepinas
Disminución de la líbido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepán, alfa-metildopa, propanolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos
Alteración de excitación y orgasmo	Anticolinérgicos, clonidina, alfa-metildopa, IMAO, antidepresivos

	tricíclicos
Agrandamiento de la mama	Estrógenos, antidepresivos tricíclicos
Galactorrea	Clorpromazina, cimetidina, haloperidol, reserpina, alfa-metildopa, metoclorpramida, sulpiride, tiapride, antidepresivos tricíclicos
Virilización	Andrógenos, haloperidol

Tabla IV

FARMACOS QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

Signo y síntoma	*Fármaco*
Incremento de la líbido	Andrógenos, baclofén, diazepán, levodopa, haloperidol (bajas dosis)
Descenso de la líbido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepán, alfa-metildopa, propanolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos. Fármacos antiandrógenos en el cáncer de próstata
Impotencia	Ver Taba III
Disminución eyaculación	Anticolinérgicos, clonidina, estrógenos, IMAO, alfa-metildopa, antidepresivos tricíclicos, tiacida, tioridazina
Disminución testosterona	Digoxina, haloperidol (altas dosis), litio, IMAO, Espironolactonas
Priapismo	Heparina, fenotiazidas
Enfermedad de Peyronie	Metoprolol

Tabla V

FARMACOS QUE PUEDEN PRODUCIR IMPOTENCIA

Anticonvulsivantes	
Antibiógicos	
Cardiovasculares:	
- Antiarrítmicos	
- Antihipertensivos:	Betabloqueadores, calcioantagonistas, vasodilatadores, diuréticos, bloqueadores adrenérgicos centrales
Fármacos con acción en SNC:	Ansiolíticos e hipnóticos, Antidepresivos, Antipsicóticos, Levodopa, Litio, Analgésicos narcóticos
Fármacos gastrointestinales	Anticolinérgicos, Antiespasmódicos, Antagonistas anti-H2, Metoclopramida
Misceláneas	Acetozolamida, Baclofén, Clofibrato, Danazol, Disulfiram, Estrógenos, Interferón, Naproxeno, Progesterona

Casi en el 25% de los ancianos con disfunción eréctil la causa es medicamentosa. Casi todos los antihipertensivos se han relacionado con impotencia. Los medicamentos más comunes que causan alteraciones de la potencia son los diuréticos tiacídicos, a través de la disminución de las presiones en el pene y de la reducción de la concentración de testosterona y de los valores de esta biodisponible. La disminución de la testosterona y de su fracción biodisponible se acompaña de una disminución de la libido pero no de disfunción eréctil por si misma (los varones jóvenes castrados pueden tener erección). Sin embargo, en algunas personas la mejoría de la libido mediante el tratamiento con testosterona es suficiente para mejorar la falta de interés sexual y los problemas eréctiles.

11. *Efecto de la patología quirúrgica*

La tasa de recuperación de las relaciones sexuales satisfactorias tras la cirugía (histerectomía, mastectomía, prostatectomía, colostomía, cáncer rectal) es variable pero la norma es que se eviten por alteraciones neuroendocrinas, depresión, pérdida de la autoestima, mala imagen corporal. Se requiere de tratamiento psicoterapéutico de grupo para su recuperación.

Disfunción sexual en el anciano

La mayoría de los estudios concluyen que la disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona tanto con los cambios físicos debido al envejecimiento descritos anteriormente la disponibilidad de una pareja y la capacidad de la pareja para mantener relaciones sexuales, la influencia de actitudes y expectativas impuestas por el entorno social, así como con factores psicológicos propios del anciano.

Existen numerosos problemas que impiden que el anciano mantenga una actividad sexual continuada. El primero es la propia actitud del anciano ante lo que son cambios fisiológicos normales. El progresivo alargamiento del período entre las erecciones y la mayor dificultad para conseguirlas puede producir una ansiedad creciente en el hombre, y esta ansiedad perjudicará aún más su capacidad de respuesta sexual. Lo mismo sucede con la dispareunia de introducción en las mujeres debida a la disminución de estrógenos postmenopáusica. Las molestias que pueden sentir provoca ansiedad anticipatoria con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper.

Puesto que en nuestra sociedad aún se mide la actividad sexual según el coito, y como la frecuencia con que éste es posible en la vejez es menor, muchas parejas de ancianos van optando progresivamente por la abstinencia. De manera que sin impedimentos físicos, muchas veces, se produce una disminución completa de la actividad sexual.

Si el anciano sufre alguna enfermedad crónica, aunque ésta no afecte directamente a la capacidad sexual, el miedo y la actitud negativa ante los problemas de la edad limitan más la actividad sexual de ambos miembros de la pareja.

La prevalencia elevada de trastornos psicopatológicos en los ancianos como son la depresión o los trastornos de ansiedad y la existencia de estresores, por otra parte muy frecuentes en la vejez, como puedan ser la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico o la presencia de problemas de salud en la familia, contribuyen también a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en el anciano.

No hay que olvidar que el cansancio, el estrés y la tensión pueden constituir causas de disfunción sexual a todas las edades. Generalmente la función sexual vuelve a normalizarse cuando los motivos que la afectaban desaparecen, sin embargo, si la persona está demasiado preocupada, el problema puede continuar y también la disfunción.

Otros factores que condicionan el desarrollo de una normal actividad sexual pueden ser las reacciones psicológicas negativas a las modificaciones del cuerpo que envejece, a la jubilación y a

los relativos cambios del estilo de vida. En cambio, la vida sexual se enriquece si el anciano vive la relación como un medio para expresar mejor su afecto hacia el otro componente de la pareja. *"Sin la ternura, un vínculo profundo y una capacidad real de diálogo, la sexualidad acabará muriendo en la pareja anciana como en la joven".*

Disfunción sexual de causa orgánica en el anciano

Todas las investigaciones demuestran que con la edad hay una disminución progresiva de la actividad sexual en el individuo sano, causada por la intervención de los cambios fisiológicos normales debidos al envejecimiento en interrelación con los factores psicosociales descritos anteriormente.

Además, se produce un aumento de la prevalencia de disfunciones sexuales debidas a causas médicas, psicológicas y/o como efecto secundario de la medicación administrada. En ocasiones resulta difícil diferenciar los cambios normales relacionados con la edad de los síntomas debido a patología.

Disfunción eréctil

Cualquier signo de impotencia provoca en el anciano gran preocupación, con frecuencia esta alteración se asocia con el envejecimiento debido generalmente al desconocimiento.

Este hecho lleva generalmente a no consultar a los especialistas. En la mayoría de los casos los trastornos en la erección se deben a múltiples factores, siendo el trastorno vascular el factor más frecuente de impotencia en la vejez, debido, entre otros a alteraciones del sistema arterial, síndrome de insuficiencia venosa, etc., con afectación sistémica o solo localizada a nivel genital.

También influyen, como ya se mencionó, la medicación (Tabla IV), los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco), trastornos metabólicos y endocrinos, destacando por su alta prevalencia, la diabetes mellitus (en el hombre puede producir no solo alteración de la erección, sino también disminución de la libido), trastornos neurológicos, enfermedades sistémicas (insuficiencia renal, EPOC, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer. Todas estas patologías son bastante frecuentes en los ancianos y como enfermedades que afectan a todo el organismo también se van a manifestar con alteraciones sexuales, entre otras razones porque pueden dificultar la capacidad física necesaria para realizar el acto sexual.

Otras enfermedades como la artrosis o la artritis reumatoidea pueden afectar la actividad sexual porque provocan dificultades en la adopción de posturas o movimientos.

Disfunción sexual en la mujer

Dada la educación recibida, es difícil que las mujeres mayores consulten por este tipo de problemas. Es necesario que los profesionales de la salud interrogen dirigidamente a las pacientes al respecto porque frecuentemente son situaciones que por desconocimiento se pasan por alto, impidiendo así abordar un factor de gran importancia que mejora considerablemente la calidad de vida.

La *Dispareunia* o coito doloroso es el síntoma más frecuente dentro de las disfunciones sexuales en la mujer. Aunque la causa más frecuente de su aparición es la disminución de la producción de estrógenos debido a la menopausia, como ocurre en el 30% de los casos en mujeres postmenopáusicas, hay otros trastornos sistémicos que pueden ser origen de esta alteración.

La atrofia vaginal postmenopausia, con disminución de la lubricación de la mucosa, convierte a la vagina en un órgano más susceptible a las lesiones por roce y también a posibles infecciones.

Cualquier enfermedad sistémica, como ocurre en el varón, que produzca debilidad, va a alterar la actividad sexual de manera inespecífica.

Otra molestia importante es la disminución o pérdida del deseo sexual, que parece asociada a una disminución de la producción de andrógenos que ocurre tras la menopausia.

La presencia de incontinencia urinaria, trastorno muy frecuente en mujeres mayores, generalmente multíparas, inhibe el deseo y la respuesta sexual. El 46% de las mujeres que presentan incontinencia urinaria reconoce que este problema altera su actividad sexual.

La histerectomía muchas veces es vivida por la mujer como una pérdida de la femenidad que secundariamente puede llevar a un trastorno depresivo y consecuentemente producir disfunción sexual.

Disfunción sexual de origen psicógeno en el anciano

La causa más frecuente es la depresión, responsable del 10% de los casos de impotencia en el anciano. Los psicofármacos que se utilizan en el tratamiento de dichos trastornos pueden también contribuir a empeorar la disfunción sexual, sobre todo los que tienen efectos anticolinérgicos, como algunos antidepresivos y la mayoría de antipsicóticos. Los antidepresivos pueden producir, además de disfunción eréctil en el varón, disminución de la libido y anorgasmia en la mujer.

Otras patologías psíquicas que puede cursar con alteraciones en la función sexual es el trastorno de ansiedad en cualquiera de sus formas.

Es también frecuente en el varón la aparición de ansiedad anticipatoria respecto a su posible respuesta sexual que le lleva a presentar problemas de potencia sexual de carácter psicógeno.

Muchas veces no es el propio trastorno el que provoca la disfunción sexual; se puede producir una disminución o anulación de la actividad sexual por miedo a la aparición de síntomas como la angina (en pacientes con cardiopatía coronaria) o disnea debido al esfuerzo, sin que existan razones orgánicas para dichas limitaciones.

La impotencia tras la resección transuretral de la próstata por adenoma prostático, que ocurre en el 4-12% de hombres sometidos a esta intervención, suele ser de causa psicógena en la mayoría de los casos.

Algunos cuadros depresivos o trastornos de ansiedad pueden jugar un papel importante en el vaginismo.

Tratamiento de la disfunción eréctil

Terapia sexual para ancianos: son pocas las parejas que acuden a las consultas de terapia sexual dedicada especialmente a los ancianos; el mayor porcentaje de los hombres que asiste en busca de ayuda presenta como causa más frecuente problemas de erección (aunque existen parejas con más de 30 ó 40 años de casados en que la mujer ha ocultado durante todo ese tiempo una disfunción sexual, como disminución del deseo o ausencia de orgasmo).

Tratamientos actuales

Cuando se encuentra una causa, como hipogonadismo con disminución de la libido o depresión, el tratamiento es etiológico. Sin embargo, en la mayoría de los casos puede ser multifactorial y se dispone de diversas alternativas.

- Cuando la impotencia es por disminución de la testosterona, está indicada su utilización por vía intramuscular, oral o transdérmica y todas tienen ventajas y desventajas. El cáncer del seno en el hombre y de la próstata son contraindicaciones para su uso.

Existen una serie de medicamentos que son efectivos cuando se inyectan directamente en el pene. Estos son la papaverina, la fentolamina y el Caverjet (prostaglandina E, alprostadil). Son efectivos en el 70-80% de los casos.

Actualmente se cuenta con dos medicamentos por vía oral:

- *Citrato de Sildenafilo:* Se debe tomar una hora antes del acto sexual. Actúa aumentado el efecto del óxido nítrico que relaja los músculos que hay en el cuerpo cavernoso permitiendo la entrada de sangre al pene. No produce una erección automática, como sí lo hacen los medicamentos que se pinchan en el pene. La dosis recomendada es de 50 mg y el médico ajustará la dosis a 100 mg o 25 mg si se necesita. No se debería utilizar más de una vez en un día.

- *Apomorfina:* Es la primera droga para la disfunción sexual masculina que actúa a nivel del sistema nervioso central, sobre los mecanismos que producen la erección. A diferencia del Sildenafilo, al no actuar directamente sobre el sistema circulatorio, la apomorfina puede ser utilizada por varones que toman medicamentos vasodilatadores. Se recomienda una dosis de 2 y 3 mg sublinguales.

- *Dispositivos de tumescencia por vacío:* Actúan por creación de una presión negativa mediante una bomba unida a un tubo de plástico colocada sobre el pene. Producen una erección durante 15 a 30 minutos.

- *Tratamiento quirúrgico:* Consiste en implantar en el pene varillas que pueden doblarse o inflarse.

Cada uno de los métodos señalados tiene beneficios y problemas y con frecuencia la elección depende del estilo de vida de la persona.

Disfunción sexual en la mujer mayor

La mujer mayor puede presentar un trastorno de la fase de deseo, anorgasmia, dispareunia y pérdida de la libido. Sin embargo, la dispareunia es la única que se relaciona claramente con la deficiencia de estrógenos. Es más probable que la pérdida de la libido se relacione con la declinación concomitante en las concentraciones circulantes de testosterona. Una variedad de factores sociales y psicológicos previamente enumerados pueden también contribuir a los trastornos sexuales.

Pfeiffer (1989), uno de los primeros investigadores del comportamiento sexual en la edad madura, encontró que las mujeres postmenopáusicas eran sexualmente activas, pero su participación estaba determinada en gran parte por el interés y disponibilidad de una pareja.

La dispareunia asociada a la menopausia puede ser un factor disuasivo contra el éxito de la actividad sexual (Bachmann y col., 1984).

La dispareunia usualmente asociada con una disminución de la lubricación vaginal es resultado de la declinación menopáusica del estrógeno. Estos síntomas se alivian con la administración de estrógenos exógeno. Studd y col (1977) comunicaron que la terapia con estrógenos equinos conjugados mejoraba el funcionamiento sexual en mujeres con dispareunia debido a vaginitis atrófica. Más recientemente, un estudio de la terapia con estradiol transdérmico, controlado con placebo, Nathorst-Boss y col (1993) comunicaron que al cabo de 12 semanas de tratamiento con parches de estradiol se influía positivamente sobre la satisfacción con la frecuencia sexual, las fantasías sexuales, el grado de placer, la lubricación vaginal y la dispareunia.

CONCLUSION

La revisión en la literatura de todos los estudios epidemiológicos confirma que la actividad sexual existe en los ancianos y muchas veces es la norma más que la excepción.

Por lo tanto es incorrecto seguir considerando al anciano como poco interesado en la sexualidad o con escasa actividad sexual. Se puede encasillar como "ageísmo" o "sexismo" la actitud de la sociedad y de los profesionales de la salud que no quieren reconocer esta realidad.

Con una mayor formación académica de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general, junto con la realización de programas de educación sexual para los ancianos, se lograría una mayor sensibilización hacia estos aspectos olvidados de los mayores, contribuyendo directamente a una mayor satisfacción y bienestar de muchos ancianos.

De la vida sexual de los ancianos sabemos muy poca cosa. Pero hoy podemos decir que "no hay un límite cronológico después del cual la vida sexual desaparece".

Por lo tanto, el primer paso para una consideración ética sobre el papel de la sexualidad en la vejez pasa ineludiblemente por reconsiderar estas actitudes que, ocultando la existencia del problema, dificultan enormemente su remedio.

BIBLIOGRAFIA

1. Bachmann G, Leiblum S, Kemman E y col: Sexual expression and its determinants in the postmenopausal woman. Maturitas 1984; 6: 19-29. [Links]

2. Butler RN, Lewis MI, Hoffman E, Whitehead ED: Love and sex after 60: How phisical changes afect intimate expression. Geriatrics 1994; 49: 20-7. [Links]

3. Comfort A, Dial LK: Sexuality and aging an overview. Clin Geriatr Med 1991; 7: 1-9. [Links]

4. Capodieci S: La sexualita negli anziani, in Anziani, Ruolo, Famiglia, Instituzioni. Quaderni di Terapia Familiare, 1990; 79-86. [Links]

5. Cruz Jentoft AJ, Merce Cortés J: La función sexual. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ (eds). Geriatría. Madrid: Idepsa 1992; 1: 170-7. [Links]

6. Diokno AC, Brown MB, Herzog R: Sexual function in the elderly. Arch Intern Med 1990; 150: 197-200. [Links]

7. Feldman HA, Goldstein I et al: Impotence and its medical and psychosocial correlates. J Urol 1994; 151: 54-61. [Links]

8. Gupta K: Sexual dysfunction in elderly women. Clin Geriatr Med 1990; 6: 197-203. [Links]

9. Hillman JL: A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexality. Not necessarily a uniform relationship. Gerontologist 1994; 34: 256-60. [Links]

10. Hazzard WR: The sex differential in longevity. In: Principles of Geriatric Medecine and Gerontology. New York: McGraw-Hill 1990. [Links]

11. Kaiser FE, Viosca SP, Morley JE et al: Impotence and aging: Clinical and hormonal factors. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 511-9. [Links]

12. Kaiser FE: Sexuality in the elderly. Urol Clin North Am 1996; 23: 99-109. [Links]

13. Keller JM: Sexuality in later life. Reviews in Clinicas Gerontology 1993; 3: 309-14. [Links]

14. Kennedy GJ, Haque M, Zaranhow B: Human sexuality in later life. International J Mental Health 1997; 26: 35-46. [Links]

15. Krane RJ, Goldstein I, De Tejada IS: Impotencia. N Engl J Med 1989; 321: 1648-59. [Links]

16. Leiblum SR, Bachmann GA, Kemman E y col: Vaginal atrophy in postmenopausal women. JAMA 1983; 6: 249. [Links]

17. Lewy JA: Sexuality and aging. En: Hazzard WR, Bierman LR, Bless JP (eds). Principles of Geriatric Medecine and Gerontology. New York: McGrow-Hill, 1994; 115-24. [Links]

18. Lopicollo J: Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. Clin Geriatr Med 1991; 7: 161-79. [Links]

19. Master WH, Johnson VE: Sex and the aging process. J Am Geriatr Soc 1981; 29: 385-90. [Links]

20. Master WH, Johnson VE: Sexualidad humana. Grijaldo, 1995. [Links]

21. McCartney JR, Izeman H, Rogers D: Sexuality and the institutionalized elderly. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 331-3. [Links]

22. Mooradian AD: Geriatric sexuality and chronic diseases. Clin Geriatr Med 1991; 7: 113-31. [Links]

23. Morley JE, Kaiser FE: Sexual function with advantege age. Med Clin North Am 1989; 73: 83-95. [Links]

24. Morley JE, Kaiser FE: Impotence: The internist's approach to diagnosis and treatment. A Intern Med 1993; 38: 151-68. [Links]

25. Mulligan T, Modigh A: Sexuality in dependent living situations. Clin Geriatr Med 1991; 7: 153-60. [Links]

26. Nathorst-Boos J, Wiklund Y, Mattsson LA y col: Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72: 656-60. [Links]

27. Nilsson L: Sexuality in the elderly. Acta Obstet Scand Suppl 1987; 140: 52-8. [Links]

28. Pfeiffer E, Davis GC: Determinants of sexual behavior in middle and old age. J Am Geriatr Soc 1972; 20: 151-8. [Links]

29. Pfeiffer E *et al:* Sexual behavior in aged men and women. Arch Ger Psychiatry 1989; 19: 753. [Links]

30. Ribera Domene D, Reig Ferrera A: Comportamiento sexual en ancianos. Rev Esp Geriatric Gerontol 1991; 26: 234-42. [Links]

31. Ribera JM: La sexualidad en los ancianos. En: Ribera JM, Veiga F, Torrijos M (eds). Enfermería Geriátrica. Madrid: Idepsa 1991; 79-86. [Links]

32. Rajfer J, Aronson WJ, Bush PA et al: Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to noradrenergic, noncholinergic neurotransmission. N Engl J Med 1992; 326: 90-4. [Links]

33. Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE: Sexuality and the older woman. Clin Geriatr Med 1993; 1: 87-106. [Links]

34. Rubin I: La senelité aprés quarante ans et aprés soixante-dix ans. Analyse du comportement sexuel humain. Paris 1965. [Links]

35. Studd J, Parson A: Sexual dysfunction: the climateric. Br Sex Med 1977; 4: 11-14. [Links]

36. Tenover JS: Effects of testoterone supplementation in the aging male. Clin Endocrinol Metabol 1992; 75: 1092-8. [Links]

37. Weg RB: Sexuality an dintimacy in ageing. En: Pathy MSJ (ed). Principles and Practice of Geriatric. 2nd ed. Med Gerontol 1991; 231-52. [Links]

*Documento leído en la sesión del 15 de abril de 2003 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología

Román Díaz #205, Depto. 205, Providencia

Santiago - Chile

Tel.: (56-2) 22350133

Fax: (56-2) 22351294

sochog@entelchile.net