



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

La función sexual en la vejez.

Nº 254

Silvia Occhipinti

Tutora: Cristina Feeney

Departamento de Investigaciones
Noviembre 2008

Indice

Introducción	5
Capítulo 1: La vejez.....	6
1.1) Concepto de vejez	6
1.2) Breve recuento histórico del concepto de vejez.....	7
A) Edad antigua	7
Griegos.....	7
Romanos	8
B) Judaísmo	8
C) Cristianismo	9
D) Edad media.....	9
E) Edad moderna	10
F) Edad contemporánea.....	10
1.3) Un cambio demográfico	10
Capítulo 2: Los prejuicios contra la vejez	13
2.1) Los prejuicios	13
2.2) El concepto de viejismo	13
2.3) Concepción medicalizada de la vejez	14
2.4) El cuerpo en la vejez.....	15
2.5) El mito de la vejez asexual	16
Capítulo 3: La función sexual	17
3.1) La función sexual. Definición	17
3.2) La respuesta sexual humana	18
3.3) Fases de la respuesta sexual humana	18
3.4) La respuesta genital.....	20
• respuesta genital masculina	20
• respuesta genital femenina.....	20
Capítulo 4: La función sexual en la vejez	20
4.1) La función sexual en la vejez, conceptualización	20
4.2) Modificaciones de la función sexual en la vejez	21
A) Factores que influyen en la modificación de la función sexual en la vejez.....	22
a) factores anatómicos.....	22
b) factores funcionales.....	22
c) factores fisiológicos.....	22
d) factores hormonales	23
e) factores psicosociales.....	24
f) efectos de la monotonía	25
Capítulo 5: Trastornos de la función sexual por causas orgánicas de mayor incidencia en la vejez	25
5.1) Disfunción sexual en la vejez.....	25
a) Disfunción sexual en el hombre mayor.....	26
b) Disfunción sexual en la mujer mayor	26
5.2) Enfermedades orgánicas más habituales en la vejez	27
5.3) Influencia medicamentosa	28
5.4) Efecto de la patología quirúrgica.....	28
5.5) Exceso en la comida y bebida	28
Capítulo 6: nueva perspectiva de la vejez.....	28
6.1) Repensar la vejez	28
6.2) Sexualidad y erotismo en la vejez.....	29
6.3) Acceso a la pareja.....	31
6.4) La importancia de la intimidad	31

6.5) Actividad sexual alternativa al coito	32
6.6) Desahogos sexuales diferentes al coito.....	34
Conclusión.....	35
Bibliografía.....	38
Anexos.....	40

Introducción

En la presente tesina se abordará el tema de la función sexual en la vejez.

La hipótesis sobre la que se basa este trabajo, es que el deseo y la posibilidad de llevar adelante una vida sexual activa no desaparecen en la vejez como resultado directo y causal del paso de los años. En un individuo que ha vivido su sexualidad en su juventud y adultez en forma satisfactoria, el deseo sexual no tiene porque desaparecer como consecuencia de haber llegado a cierta edad cronológica. Se planteará que si bien la función sexual sufre cambios a lo largo de los años, esta no desaparece en la vejez sino que se modifica, pudiendo tomar otras expresiones, las que no siempre estarán ligadas al acto coital.

Se realizará una búsqueda bibliográfica con el objetivo de investigar cuales son las posturas de diferentes autores sobre esta temática. Se tendrán en cuenta la opinión de investigadores como Salvatoreza, Muchnik, Iacub, Flores Colombino, Hellen Kaplan, Mc.Cary, Franco, entre otros.

Se buscará poder definir a la vejez y a partir de un breve recuento histórico se intentará entender como se fue construyendo el concepto de vejez a lo largo de diferentes épocas y diferentes culturas importantes en occidente.

Uno de los fenómenos más sobresalientes del siglo XX ha sido el logro de la prolongación de la vida de los individuos debido a la disminución de las muertes por causas evitables. Esto ha traído aparejado un cambio demográfico que se refleja en el aumento de la población, destacándose el crecimiento en números absolutos y relativos la franja poblacional de sesenta años y más. A este fenómeno se debe sumar que, gracias a los progresos de la medicina, no solo se percibe un incremento de la expectativa de vida, sino también una mejora de la calidad de vida. Frente a este cambio demográfico, surgen diferentes situaciones que nos obligan a plantearnos una nueva postura frente a la vejez.

Se tratará de describir los prejuicios mas comunes, como por ejemplo la concepción de la vejez como una etapa de enfermedad, decadencia y discapacidad, prestándole especial atención a la concepción popular que el deseo sexual desaparece naturalmente con los años lo que implica que la actividad sexual queda excluida de la vida de las personas de edad.

A partir de la descripción de la función sexual y de sus características, se observará qué cambios fisiológicos, funcionales, anatómicos, hormonales ocurren con el correr de los años, cuales son los trastornos que sufre la función sexual debido a causas orgánicas de mayor incidencia en la vejez, y qué implicancias tienen estos cambios en el desarrollo del acto sexual.

Se investigará de qué manera esta función sexual puede tomar otras formas de expresión, las que no siempre podrán estar ligadas a la relación coital.

Al hablar de función sexual en la vejez no perdemos de vista la necesidad de la existencia de factores de importancia como el gozar de buena salud física, de una vida sexual previa, de contar con una pareja o la posibilidad real de acceder a ella, así también la posibilidad del ejercicio de la propia autonomía e intimidad.

A partir de aquí se planteará de qué manera podemos repensar a la vejez alejándonos de los prejuicios y preconceptos dominantes. Se investigará cómo hoy se piensa a la sexualidad y al erotismo en esta etapa de la vida, y qué alternativas y desahogos sexuales diferentes al coito se pueden plantear para el desarrollo de una modalidad sexual específica y satisfactoria que acompañe a esta etapa de la vida.

Capítulo 1: La vejez

*No solo agreguemos años a la vida
Sino sobre todo vida a los años.*
Aforismo popular

1.1) Concepción de vejez

Eva Muchinik (2006) expresa que plantear el fenómeno de vejez como un fenómeno novedoso es una paradoja. Viejos hubo siempre.

En todas las sociedades del pasado si bien los viejos eran pocos y poco visibles, siempre han estado presentes. Lo que diferencia a la vejez hoy es el espacio social que esta toma.

“La vejez hoy es diferente a la de ayer, es un espacio social por construir y una nueva identidad social”.
Muchinik (2006)

Para ella se debe desarticular la imagen asociada con la decrepitud y la decadencia que se le daba en el pasado. Hoy se esta frente a dos fenómenos diferentes pero que vienen unidos, por un lado el aumento de la longevidad humana, y otro el nuevo rol que toma la vejez en la sociedad. Se debe resignificar a la vejez y abordarla desde una nueva perspectiva para descubrir que es lo que esta significa en este nuevo siglo.

Álvarez (1998) describe que para algunos autores la vejez aún se sigue definiendo como un cambio irreversible y desfavorable de las funciones vitales ligado al paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte. Para ella no se debe pensar el concepto de vejez aislado del contexto sociocultural e histórico en el que se desenvuelve. Son estas variables las que van a modificar y redefinirlo. La vejez puede ser pensada como un fenómeno transhistorico, particular y singular para cada individuo. Existe una vejez propia para cada uno, en cada tiempo y en cada lugar. El punto en común es que todos los hombres llevan consigo la impronta de la propia vejez a lo largo de toda la vida.

Siguiendo este mismo lineamiento, Barca (2005) dice que el envejecimiento si bien es un proceso con base biológica, esta condicionado por el medio externo, físico y psicosocial donde se produce. Para él la vejez es una etapa de la vida que carece de una definición científica, y que esta conformada por una cohorte de individuos de determinada edad, que tiene en común el haber vivido en un mismo lugar y tiempo. Este autor hace mención que la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Viena de 1982, confirma a los 60 años como limite de edad para el ingreso a esta categoría.

Sin embargo para Mannoni (1991) la vejez no tiene nada que ver con la edad cronológica. Es un estado del espíritu. Hay viejos de veinte años y jóvenes de noventa. Es una forma de conservar dentro de uno mismo la suficiente complicidad con el niño que uno fue. Todos quieren dejar para lo más tarde posible la renuncia de lo que se ha sido. Para ella, al quedar la noción de vejez fijada arbitrariamente a los 60/65 años y unida al momento de la “jubilación”, lleva a que muchas veces la vejez quede confundida con el fin de la vida activa, lo que produce en ciertas personas unos efectos traumáticos y devastadores. Mannoni refiere a Sartre quien decía: “Jamás me siento anciano. Comprendo por otros lo que implica la vejez en aquel que la mira desde afuera, pero yo no siento mi vejez”.

Según Muchinik (2006) ya el medico griego Galeno se refería a como el ritmo del envejecimiento mostraba variaciones. Para él lo que los hombres llamaban vejez no era más que la constitución seca y fría del cuerpo, resultado de una larga vida. Ella afirma que envejecer es parte de un proceso que responde a patrones biológicos de maduración, pero en esta curva de maduración aparecen modificaciones. No es la edad per se la causa de estas modificaciones o cambios, existen otras variables que también actúan. Algunos envejecen a una edad y otros a otra, ya sea más tarde o más temprano, esto esta marcado por diversas circunstancias y diversas razones, dietas, enfermedades, preocupaciones u otros motivos.

La vejez es un tema conflictivo, asegura Salvarezza (1998), no solo para el que la vive en si mismo sino también para aquellos que en su rol profesional deben tratar con personas mayores. El grado de conflicto que conlleve y las conductas defensivas que se necesiten para enfrentarlo estarán determinados por la historia personal, las experiencias, fantasías y representaciones que cada uno tenga sobre lo que implica ser viejo. Para este autor, si se puede hablar de un “buen envejecer” este estará dado por la capacidad que tenga el sujeto de aceptar y acompañar las inevitables modificaciones que ocurren, sin insistir en mantenerse joven a cualquier precio. Esto no implica una renuncia, sino la necesidad de mantener una lucha activa para tratar de obtener el máximo de satisfacción con el máximo de las fuerzas que se dispongan en cada momento.

Muchinik (2006) dice: “El envejecimiento humano implica cambios y el envejecimiento exitoso hace referencia al fenómeno de la adaptación como un proceso dinámico. En el curso de una vida existen coyunturas de elección y decisión. No existe una declinación universal ni tampoco una perdida que incluya todas las capacidades”.

Así también, para Souza dos Santos (2005) la vejez es un fenómeno de múltiples significados consecuencia de un contexto y que invariablemente esta asociado al final de la vida, a la muerte, lo que lleva a veces a asociar esta etapa con la depresión y la angustia. La vejez es una de las posibilidades de la condición humana. Hay vida en la vejez como en cualquier otro periodo de la existencia. La pérdida narcisista que se instala por las limitaciones físicas de la vejez no significa la pérdida de la condición humana.

Para ella la vejez no es una etapa de la vida que se presente siempre de la misma forma o que represente una realidad definida. La trayectoria de la vida del ser humano es una sumatoria de las experiencias vividas, los valores, las metas, las interpretaciones personales que cada uno hace del mundo, lo heredado, lo social y lo cultural. Al igual que la infancia, la juventud y la edad madura, la vejez es un período de transformación física, biológica, emocional y sexual. Como la persona haya vivido su historia personal en todos los estadios de su existencia determinara la forma en como cada uno envejece.

Desde el punto de vista de Salvarezza (1998) uno de los problemas de la gerontología es que la misma aún no ha podido proporcionar una definición de vejez que no se asiente solamente en los aspectos deficitarios. Él se pregunta por que alguien querría llegar a viejo si todo lo que se vislumbra es solamente negativo. Frente a esta falta de perspectiva futura, solo queda el refugiarse en la juventud, en el pasado. Así el ser que envejece debe hacer un esfuerzo extra, a diferencia de lo que ocurre en la niñez y en la adultez, uno no solo debe adaptarse al medio sino también a la propia vejez.

1.2) Breve recuento histórico de la concepción de vejez

El hacer un rastreo de las referencias históricas acerca de las edades del hombre permite conocer como se fueron acentuando dos puntos de vista importantes según Muchinik (2006). Uno de ellos el de la juventud como concepto de plenitud, como periodo de esplendor de la vida, y el de vejez, el cual es un concepto que resulta más ambiguo y contradictorio y el que más a ido cambiando a lo largo de la historia.

Esta autora hace referencia que el hombre durante ciento de miles de años habitó un entorno hostil, donde su supervivencia estaba íntimamente unida a sus habilidades y condiciones biológicas.

Así mismo Álvarez (1998) relata como desde los tiempos primitivos, este entorno hostil provocó que las agrupaciones humanas exaltaran la juventud, la fecundidad y el vigor ya que eran los que garantizaban la supervivencia de la especie. Algunas agrupaciones nómadas llevaban consigo a sus viejos mientras que las condiciones externas fueran aceptables, y estos pudieran ayudar en la recolección de alimentos. A medida que los factores que se presentaban se volvían más difíciles, iban dejando a aquellos que no tenían posibilidades de sobrevivir en el camino o que ponían en peligro al grupo entero.

El sedentarismo trajo otras prácticas pero estas seguían aplicadas a la supervivencia del más apto. Así como algunas comunidades apoyadas en rituales, expulsaban o abandonaban a sus viejos, otras veneraban la sabiduría y la acumulación de conocimiento que otorgaba la edad. El viejo presidía los ritos de iniciación, de pasaje y cura ya que la experiencia y el saber beneficiaban a la comunidad.

Cuando el hombre comienza a dominar con mayor soltura la naturaleza, la función del anciano se hizo más compleja. Aparecen algunas gerontocracias sostenidas por la experiencia, el conocimiento y el miedo. Tenemos como ejemplo el Consejo de los sabios en China, el Sanedrín entre los judíos, el Consejo de Ancianos entre los griegos.

A) Edad antigua:

Para Muchinik (2006) La antigüedad no logra una definición respecto de las edades del hombre. La juventud significaba plenitud, valentía, belleza, sin hacer referencia a los años. La vejez se denunciaba a si misma con la aparición de los rasgos físicos y las dolencias. La vejez entonces podía empezar a los 40 como a los 70 años. La palabra "senex" en latín define lo viejo, lo anciano, no en términos de números de años sino en términos de su apariencia física, mental y la forma en que la persona se pensaba a si misma y era percibida por los otros.

Griegos:

Muchinik (2006) detalla que las primeras formulaciones sobre las edades de la vida fueron realizadas por los griegos. El Corpus Hippocraticus hace referencia a las enfermedades y a las edades con criterios que son dispares. Las referencias que se establecen son niño, joven, varón, hombre de edad y viejo.

Álvarez (1998) detalla que la vejez en Grecia se anuda a términos como honor y sabiduría, al menos en cuanto a lo mítico y lo público, mientras que en la vida privada la vejez no solo no era amada ni deseada, sino también era objeto de burlas y desamparo.

El termino griego "geron" remite a "edad avanzada", "privilegio de la edad" y a "derecho de la ancianidad".

Se los consideraba los jueces perfectos para legislar y controlar lo referente a la religión, la moral y las costumbres ya que se encontraban ubicados mas allá de toda pasión humana. Para Platón la verdad residía en el alma inmortal, la decadencia de la edad no le alcanzaba, así para él solo aquel que ha salido de la caverna y ha contemplado las ideas puede ser designado para gobernar. Pero para Aristóteles el alma no es puro intelecto y esta en estrecha relación con el cuerpo. En consecuencia que el cuerpo permanezca intacto es lo que garantiza una vejez feliz. Su idea de vejez hace que se descarte la idea de entregar el poder a la gente de edad, porque ve en ellos individuos disminuidos para ejercer el gobierno.

Iacub (2006) describe que el retiro de la sexualidad era asociado a un sentimiento de alivio por haberse liberado el sujeto de las pasiones que lo arrebatában. Estas ideas platónicas provienen de la separación entre cuerpo y alma, y el erotismo queda inscripto como una demanda corporal.

Los placeres sexuales quedan regulados por criterios relativos a una estética de la existencia, las expresiones eróticas en la vejez eran consideradas antiestéticas y vergonzantes.

Romanos:

Para Álvarez (1998) la historia romana nos muestra una estrecha relación entre la condición del viejo y la estabilidad social. Los romanos asientan su sociedad en el poder del "Pater Familae" que era casi ilimitado. Sin embargo, existía una contradicción entre aquello que se pensaba y la generalidad de las costumbres. Si ninguna propiedad garantizaba la vida del anciano, este era enviado al "potem" donde moría. EL respeto solo era garantizado en base a su calidad de "propietario".

Muchinik (2006) habla de cómo en la literatura romana se encuentra muy escasas referencia a los viejos. Solo algunos hombres ilustres a través del legado escrito dejan una idea sobre como era concebida la imagen de la vejez. Cicerón por ejemplo escribe "De Senectute" a los 66 años. Para él, la vejez esta marcada por la sabiduría y por ello el hombre de estado no debe retirarse de la vida pública por su edad, sino que puede y debe realizar diferentes tareas.

Esta autora cita las palabras de Séneca que dicen: "La vejez es solo respetada si lucha por si misma, mantiene su propios derechos, evita la dependencia de los demás y afirma su control sobre si misma hasta el ultimo aliento"

En Roma la actitud hacia la vejez es ambivalente según los periodos. En tiempos de la Republica es favorable mientras que con la llegada del Imperio esta visión se transforma en negativa.

El emperador Tiberio decreta que los mayores de sesenta años que se dejaran arrastrar por la pasión, el amor y el deseo serian castigados. El fundamento de esta ley según Iacub (2006) estaba dirigida a asegurar la natalidad. Los emblemas eróticos de la masculinidad se alejan de toda referencia a la vejez. Esta última aparece como un impedimento para los placeres, como la antesala a la muerte y queda fuertemente asociada a la enfermedad y la fealdad.

Este autor también hacer referencia a que los jóvenes constituían la propia representación del deseo sexual y del amor, en tanto los viejos estaban excluidos del lugar de objetos y sujetos de deseo. La tendencia era propiciar el amor familiar, hacia los nietos, hacia la pareja, pero bajo una forma de amor no erótica, sino vinculada al cuidado y abrigo mutuo.

B) Judaísmo:

Según Iacub (2006), si bien la tradición judía se incluye en lo que se denomina la tradición occidental, no hay que olvidar el vínculo estrecho que el pueblo judío ha tenido con la cultura del cercano oriente, con la cual compartió muchos criterios acerca del rol social de la vejez. En los primeros versículos de la Biblia la vida es considerada buena per se, así una larga vida es tomada como una bendición divina y valorizada por diferentes razones. Se compara el envejecimiento con la maduración de los racimos, como el tiempo de crecimiento y destinado a compartir la sabiduría de la experiencia. Los relatos veneran a los ancianos, rescatan el carácter noble de la ancianidad y la longevidad es tomada como señal de la bendición divina, como recompensa por haber observado los valores culturales. Las promesas religiosas estaban dirigidas a evitar la vulnerabilidad física, emocional y mental que erosionaban la mente en el periodo anterior a la muerte. La tradición judía compartía con los otros pueblos del medio oriente el concepto de vejez como posibilidad de acceso a la sabiduría, el hombre de edad avanzada poseía autoridad política. Los ancianos eran portadores del espíritu divino y su misión era la de guiar al pueblo siendo los jefes naturales del pueblo. La sexualidad no se veía necesariamente coartada por el paso del tiempo o los atributos de la belleza, la fuerza o la ausencia de ellos. El judaísmo nunca glorifico al cuerpo ni sus necesidades primarias resultaron una preocupación, pero tampoco fueron negadas ni pasadas por alto. Existía una actitud abierta al goce erótico dada por la concepción de unión entre cuerpo y alma y por la naturaleza benevolente del creador, que desea el bienestar y la felicidad del hombre en este mundo. La unión sexual de la pareja era concebida como un regalo divino y era representada como el regreso al

estado original de la creación: hombre y mujer como un solo ser. La procreación no justificaba la sexualidad, ya que la incapacidad para procrear no era causa para abandonar su práctica. El relato bíblico hace descender al pueblo judío de una pareja de viejos, Sara y Abraham. Sara siendo estéril, concibe un hijo a los noventa años. El hijo aparece como un premio, un milagro.

C) Cristianismo:

Iacub (2006) describe que para la tradición cristiana, Adán y Eva en el paraíso eran incorruptibles, eternamente jóvenes. “Por el pecado, la muerte vino al mundo” (Romanos, 5:12). Existe la presunción que el envejecimiento y la muerte aparecieron con el pecado original. El viejo y su imagen eran una representación de lo inconducente de la búsqueda sensual, la cual llevaba a la decrepitud. La doctrina Paulista concebía a la vejez como la marca del pecado que debía ser redimido en la fe y mediante la práctica moral. No era un periodo para el egoísmo ni perezas, sino un momento de búsqueda de la virtud, era el momento de mantener la dirección de la vida dirigida hacia el viaje al mas allá. La vejez como fuente de sufrimiento físico y de enfermedades permitía la expiación del pecado y la elevación espiritual. El alivio del envejecimiento llegaría con la práctica de la virtud lo que conduciría al eterno bienestar del alma. La dieta corporal era comprendida como un control de la carne con el propósito de regular y enseñar al alma. Solo a través de la regulación del cuerpo el alma podía emerger como pura entidad.

Las enfermedades de la vejez eran una oportunidad para enfatizar la importancia de los valores morales y espirituales por sobre los corporales. La decadencia externa se transforma en completud interna. La vejez era considerada como una etapa donde el sujeto se prepara para la muerte, por lo que debía separarse de relaciones demasiado estrechas con el fin de propugnar un proceso de muerte social, y de acercamiento a la vida eterna. De allí la práctica de reclusión en monasterios y la dedicación a la meditación

D) Edad media:

Álvarez (1998) describe que el pasaje de la antigüedad al medioevo estuvo signado por una serie de enfrentamientos entre los llamados pueblos bárbaros y los feudos. Para estos pueblos bárbaros la vejez representaba una devaluación del carácter. La recompensa por matar a un hombre mayor de sesenta y cinco años era tan escasa como la recompensa por matar a un niño. Ese era el valor que se le daba a la vejez.

Durante la edad media la vida del hombre se ordeno alrededor de las cuestiones religiosas, quedando los viejos excluidos de la vida publica. Los jóvenes dominaban el mundo religioso como el mundo bélico, ya que tanto para defender a la iglesia como para defender el reino era necesario poder levantar la espada. En la literatura aparecen algunos hombres mayores excepcionales como Carlomagno o el Rey Arturo. El hombre que no era hidalgo y que no contaba con nada para traspasar a sus hijos caía en la mendicidad pudiendo ser socorridos por los grandes señores o por los monasterios. La clase de los viejos al igual que los infantes no existe como tal, no son considerados hasta que aparece la burguesía.

Para Muchinik (2006) aún no había acuerdo acerca de a que edad comenzaba la vejez. No existe en este periodo un esquema de edades. Referencias de algunos textos de la época demuestran cierta preocupación por la vejez en forma genérica pero no por los “viejos” en forma específica. Lo que se buscaba era la forma de no llegar a la vejez, de encontrar formulas que permitieran conservar la juventud. En la Alta Edad Media la esperanza de vida no superaba los 20 años, la población mayor de 40 años, si bien existía, era muy escasa. Más allá de los reyes, obispos y señores, o sea, aquellos que gozaban de las mejores condiciones de vida, los viejos no parecen tener ningún rol en la sociedad. La gente moría joven, y tanto guerreros como campesinos, tenían valor en cuanto poseyeran fuerzas y energías para el trabajo. Los viejos representaban junto a las mujeres y a los niños un grupo marginal asociado con la debilidad física. Existía una fuerte mirada sobre el cuerpo y su relación con el alma, lo que llevaba a que la vejez se concibiera como una etapa decrepita y enferma también asociada al deterioro mental. La sociedad cristiana considero a la vejez como la edad ultima, la más cercana a la muerte. Era voluntad de Dios que el hombre envejeciera y muera. Envejecer era acercarse a la gracia divina. Por ello era la edad para la preparación para ingresar al reino de los cielos. Esto lleva a que cualquier intención amorosa expresada por personas mayores fueran consideradas una aberración, un pecado. Se hace necesario que la vejez sea una etapa virtuosa.

Con el Renacimiento, comienza la época de oro de la juventud, comienza la idealización de la belleza. Aun así, esta exaltación de la juventud no hace referencia a una edad determinada, sino a una expresión del orden de lo estético. Aparecen ciertas preocupaciones médicas acerca del envejecimiento, de los padecimientos propios de la edad, sin hacer referencia a una edad cronológica determinada.

Álvarez (1998) también menciona que esta época se caracteriza por la búsqueda del elixir que permitiera no solo prolongar la vida, sino mantener la juventud. Hay una exaltación de la belleza del cuerpo, lo que

connota la fealdad de los viejos. El anciano modelo era aquel que mantenía una vida juiciosa, lejos de los deseos carnales o los libertinajes. La sexualidad de los viejos asqueaba y la impotencia provocaba la burla. La mujer vieja queda asociada a la idea de la brujería, la malicia, la envidia, la avaricia y los celos.

E) Edad moderna:

Para Muchinik (2006) en el inicio de la edad moderna coexisten las hipótesis transmitidas por las culturas griega, romana, islámica, medieval europea, cristiana, y judaica. La vida humana se mide desde "el cremento y el decremento". El cremento hace referencia al crecimiento y el logro de la plenitud que se ubica alrededor de los 35 años, y el decremento se refiere a la pendiente, la decadencia. Existe aun cierta representación confusa con respecto al umbral de entrada a la vejez, no hay un claro perfil de la vejez, lo que queda expuesto en la ambigüedad que se observa en las expresiones artísticas, en particular en el teatro donde las imágenes y la visión de los viejos son muy contradictorias. En los siglos XVI y XVII a la vejez se la considera como un momento de retiro espiritual del mundo, que implica el retiro de la vida cortesana y política. La concepción de vejez se mantiene unida a los cambios físicos que se hacen visibles en el cuerpo. Es a partir del siglo XVIII cuando por una cuestión de eficacia administrativa, reaparece el interés por el envejecimiento que desde la visión sociopolítica necesita formularse como una categoría estadística específica.

F) Edad contemporánea:

Muchinik (2006) describe que en el siglo XVIII, a partir de la Revolución Francesa y los cambios sociales y políticos que esta trae, el viejo y la vejez logran una nueva ubicación en la configuración social. Si bien los viejos eran pocos en términos numéricos, comienzan a adquirir presencia. La vejez deja de considerarse una preparación para la muerte y comienza una actitud de búsqueda de hacer frente a la vejez y de favorecer la continuación de la vida. Aparece la figura del abuelo, el cual toma un rol en el esquema familiar de peso e importancia. La imagen del viejo se transforma en tierna, social, sabia, idílica. Reaparece la imagen del "pater familiae", imagen patriarcal que perdurará hasta el siglo XX.

Mannoni (1991) coincide con que a fines del siglo XVIII la tradición burguesa perpetúa la veneración de que se hace objeto al mayor. La literatura del siglo XIX, en cambio, ofrece del anciano una visión más realista y muestra la disparidad de situaciones según pertenezcan a las clases acomodadas o no. En el siglo XX, la disolución de la célula familiar hace que la sociedad deba sustituir paulatinamente a la familia y se deba instaurar una política de la vejez.

Para Muchinik (2006) en los albores del siglo XX frente a las nuevas condiciones de trabajo y de la vida urbana, comienza a modificarse las expectativas sobre la vejez. Como contrapartida a la ancianidad vital proclamada por la Revolución Francesa, aparece una mirada pesimista: "La sociedad industrializada conduce al envejecimiento prematuro y preocupada por el rendimiento desecha a los mayores."

Los viejos son vistos como figuras muy conservadoras que se aferran a antiguos modelos frenando las ideas de progresos que son tan caras para el positivismo. Aparece la preocupación por la modificación del contexto social, por la disminución de la población activa en relación a la población pasiva. Esto trae preocupaciones económicas, que le dan a la vejez una nueva dimensión: la carga económica que representan los viejos para los más jóvenes. La vejez comienza a transformarse en un problema social.

Álvarez (1998) expresa que la modernidad puso de manifiesto dos cuestiones sobre la población anciana, una que la vejez es un asunto público y segundo que existen muchos intereses sobre este grupo poblacional. La vejez queda determinada por cuestiones políticas y económicas, alrededor de una edad, definida convencionalmente y que marca el pasaje de lo activo a lo pasivo en el campo laboral. Nunca se había producido en las sociedades occidentales una proporción tan elevada de personas de edad avanzada. Como grupo poblacional tradicionalmente constituían un pequeño porcentaje, mientras que en la actualidad estos porcentajes se han vuelto cada vez más relevantes.

1.3) Un cambio demográfico

Flores Colombino (1998) expresa que la vejez hoy es el destino de todos. Ya no es el destino de unos pocos sobrevivientes bien dotados genéticamente, sino que la tecnología médica, alimentaria e higiénica le han prolongado la vida a la vasta mayoría.

Para Barca (2005) el siglo XX ha marcado una nueva situación que debe ser tenida muy en cuenta. Hay un crecimiento progresivo de la población de mayor edad en números absolutos y relativos. Esto influye tanto en los individuos que envejecen como en la sociedad toda. Los temas sobre vejez y envejecimiento comienzan a ser cada vez más importantes en nuestra realidad. La vejez deja de ser exclusivamente un momento de la vida para convertirse en un logro humanitario e individual, al que cada día accede un número mayor de personas. El siglo XX será recordado por ser un siglo lleno de acontecimientos y

también por ser la primera vez en la historia de la humanidad donde se produce la supervivencia de un grupo creciente de personas de mayor edad. Este siglo logra la producción de un fenómeno nuevo: la prolongación de la vida media de los individuos debido a la disminución de las muertes por causas evitables. Los países de mayor desarrollo económico y social fueron los que iniciaron de una manera precoz el envejecimiento de la población.

Muchinik (2006) describe que la preocupación por la vejez como fenómeno social es lo que caracteriza al siglo XX. Se comienza a hablar del envejecimiento de la sociedad, y el aumento de la cantidad de adultos mayores comienza a transformar la pirámide poblacional. Los datos que menciona esta autora describen que así como entre 1900 y 1990 la expectativa de vida en los Estados Unidos de Norteamérica era en promedio de 45 años, desde 1990 a 2000 este promedio trepa a 76 años. Este cambio demográfico incide en forma directa en la estructura y dinámica del sistema familiar. Así como el siglo XVII descubre la especificidad de la infancia a la que por primera vez se la define como una etapa, lo que operó un cambio de actitud frente a los niños, las formulaciones del siglo XIX dan lugar al viejo, el cual arbitrariamente queda definido a partir de la edad cronológica de 60/ 65 años como punto de inflexión.

Ella expresa que fue Gutton (1988) quien proclamó el fin del siglo XVIII como “el nacimiento de la vejez” y donde la vejez comienza a ser reconocida como una de las edades de la vida. El canciller Von Bismarck en el 1800 fija los 60/65 años como el comienzo de esta etapa, lo que a su vez fija la edad de la jubilación. Esto no era más que una convención ya que la mayoría de la población en ese momento no alcanzaba los 65 años. Hoy la sociedad envejece, la esperanza de vida aumenta y aumenta la longevidad, hechos que son tanto un éxito como una nueva inquietud ética relacionada con las políticas sociales, económicas, los problemas de salud y los sistemas de retiro y jubilación. En nuestro país el Censo Nacional de 1991 demostró que la esperanza de vida al nacer en 1895 era de 40 años, en 1947 de 60,1 años y se proyectó que llegaría a 71,9 años en 1999.

Hoy la Argentina esta entre los tres países mas envejecidos de América Latina, aunque lejos de los promedios de los países europeos o de Japón.

Evangelina Himittian (2006), en su articulo aparecido en el Diaria La Nación, describe como según un trabajo realizado por el Departamento de Investigaciones de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales y elaborado sobre la base del Censo Nacional del 2001, se advierte, en Argentina, un aumento en todos los grupos poblacionales, siendo este crecimiento mas acentuado en las categorías de 60 años y más. Este grupo poblacional representa el diez por ciento de la población de la Argentina y el diecisiete por ciento de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

El aumento de la longevidad para Muchinik (2006) como fenómeno tiene importancia por su significación demográfica, y también por la nueva dimensión social que conlleva. Hoy los “viejos” reclaman espacio y protagonismo social.

En esta misma línea Iacub (2001) expresa que hoy hay una mayor cantidad de personas de mas de sesenta años que posee buena salud, aspecto juvenil, ganas de vivir sin limitaciones y una larga esperanza personal de vida. Para él asistimos a un cambio inédito en el desarrollo humano, la longevidad ya no como característica de algunas personas que viven una gran cantidad de años, sino como un fenómeno social. “Hoy es la sociedad la que se ha vuelto longeva”.

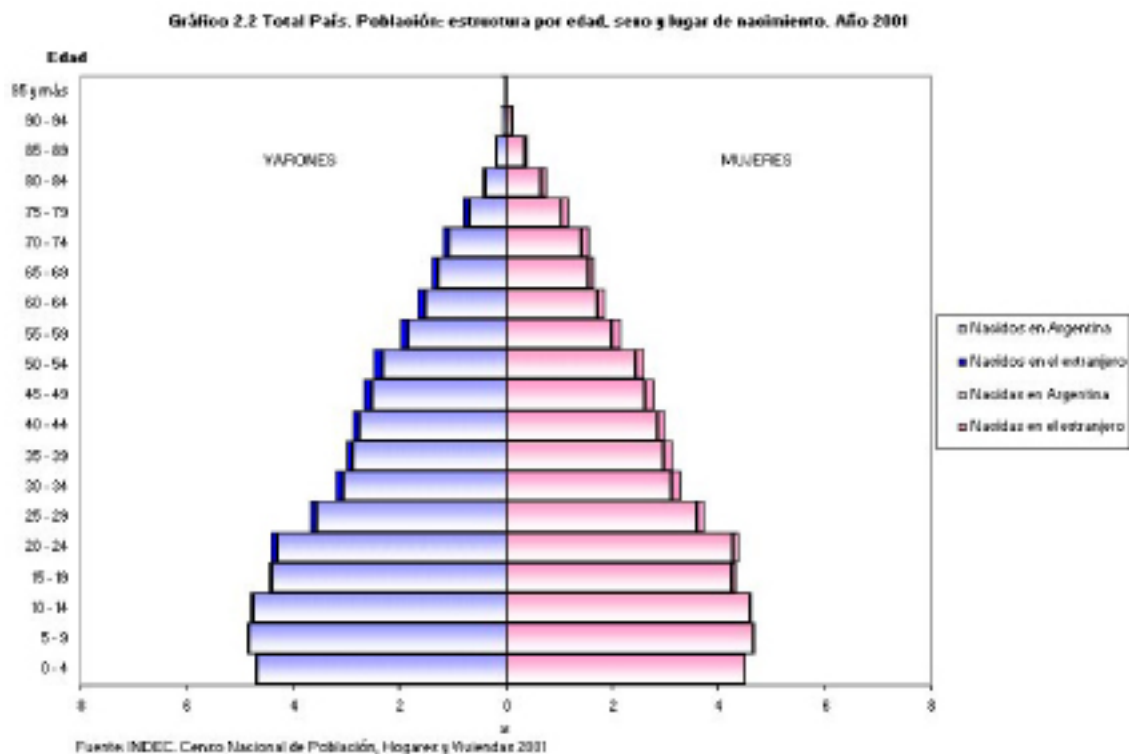
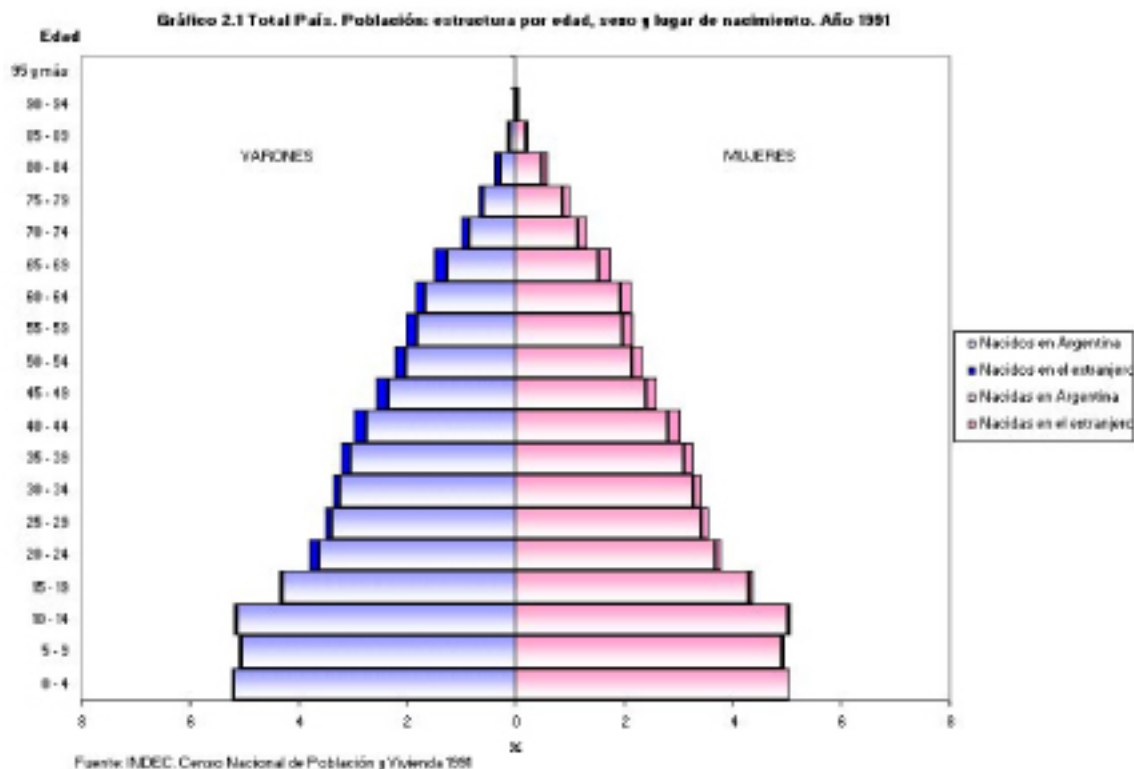
Población total y porcentaje de población de 65 años y más por sexo.

Total del país. Años 1991-2001

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina

	Población total	
	1991	2001
Total país	32.615.528	36.260.130

Porcentaje de población de 65 años y más (1)					
1991			2001		
Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
8,9	7,6	10,1	9,9	8,3	11,5



Capítulo 2: Los prejuicios contra la vejez

2.1) Los prejuicios

Iacub (2001) describe que la palabra prejuicio proviene de la palabra "praejudicium" que significa juicio basado en una experiencia anterior. Kant afirma que las proposiciones "a priori" preordenadas lógicamente constituyen la ciencia. Esto lleva a pensar que en sus orígenes la palabra prejuicio no poseía una connotación negativa.

Si se busca el significado de esta palabra encontramos que el Diccionario Enciclopédico Sopena la define como "la acción y el efecto de prejuizar", y define "prejuizar" como "juzgar las cosas antes de tiempo, o sin conocerlas bien".

El saber funciona por medio de generalizaciones que nos facilitan nuevos accesos a la realidad a través de viejos conocimientos. Esto explica según Iacub (2001) como cuando estos conocimientos han sido fuertemente efectivizados, reflejando un temor frente a algo que no resulta del todo racional, se intenta racionalizarlos y proyectarlos, negarlos o desplazarlos en el otro. La rigidez de estos prejuicios llevan a la degradación absoluta de la subjetividad, y el producto más habitual de los mismos es la injuria que se vierte sobre aquel que es objeto de este prejuicio. Los prejuicios en particular con el caso de la vejez son transmitidos por aquellos que en su juventud discriminan contra los viejos. El hecho que se vuelvan mayores no cambia necesariamente esta visión, por lo que el prejuicio se vuelve contra si mismos.

Los prejuicios, según Salvarezza (1998) son adquiridos durante la infancia y luego se va asentando y racionalizando durante el resto de la vida de los seres prejuiciosos. No forman parte del pensamiento racional adecuado sino que se limitan a una respuesta emocional directa frente a un estímulo determinado. Las personas prejuiciosas muestran una disociación en sus conductas ya que cuando se les pide una explicación sobre esta forma de comportarse, son respuestas infantiles, inmaduras que demuestran ansiedad, desesperación, furia o temor en forma desproporcionada. El temor es la base de la hostilidad y la ignorancia la prolonga.

2.2) El concepto de vejeismo

Iacub (2006) toma de Salvarezza el término "viejismo" que engloba a los diferentes prejuicios que se aplican a la vejez por una simple cuestión de edad. Este término es la traducción de la palabra "ageism" que fue acuñada por el gerontólogo estadounidense Butler en 1969. Esta hace referencia al rechazo y al disgusto que provoca la vejez. Conlleva en su concepción la relación que existe entre envejecimiento y enfermedad, la discapacidad, la pérdida de poder y la idea de muerte. Este modo de discriminación se manifiesta a partir de una serie de estereotipos que sostienen la sinonimia entre vejez y cansancio, desinterés sexual, lentitud intelectual e incapacidad para aprender, para producir, irritabilidad y malhumor entre algunos rasgos. Esta concepción de la vejez genera actitudes negativas que afectan tanto la autoestima de la persona mayor como sus sentimientos de adecuación y seguridad.

El "viejismo", según Salvarezza (1998) es una conducta social compleja con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, y es usada para devaluar, consciente o inconscientemente el estatus social de las personas mayores.

Para Iacub (2006), el modelo que ha prevalecido hasta mediados del siglo XX ubica la imposibilidad y la destrucción dentro del interior del organismo del viejo. Esto lleva a concebir como una imposibilidad el desarrollo personal a partir de esta etapa. Este autor hace referencia que hasta en la concepción freudiana encontramos esta postura. Al final de su obra Freud concluye que el análisis relativo a los viejos era imposible dada la pérdida de la capacidad de cambio y de desarrollo debido al agotamiento de la plasticidad o de la receptividad que llevan a una especie de entropía psíquica como efecto de la pulsión de muerte.

Para Muchnik (2006) así como el siglo XX trae aparejado un aumento en la esperanza de vida, no logra desterrar ciertas actitudes negativas. La longevidad hace a los viejos más visibles, hoy es más evidente que la sociedad envejece, pero aun no ha quedado definido el espacio social de los viejos. Hay un nuevo prejuicio específico hacia la vejez que es la segregación de los viejos del ámbito social.

Nunca se está preparado para la vejez, dice Souza dos Santos (2005). Siempre la vejez toma por sorpresa, aun cuando los síntomas son evidentes. Tanto el viejo como el joven tienen apego a la vida independientemente del paso de los años. El viejo no debe ser tratado solo como objeto de cuidado, sino que es el momento para que sea interpelado como sujeto.

Hay una tendencia a igualar a los viejos con los chicos. Para Iacub (2001) cuando un mayor se comporta como un niño se debe pensar en una patología ya sea depresiva o demencial. Este otro tipo de prejuicio considera a los mayores como objetos susceptibles de fragilidad, y lleva hasta la exageración el cuidado de los mismos, lo que provoca la suspensión de la autonomía generando una dependencia infantilizante.

El exceso de compasión lleva a descalificar al viejo de sus verdaderas posibilidades perturbando la propia realización como persona.

Souza dos Santos (2005) reafirma esta idea, ya que para ella en el mercado laboral, el interés de la sociedad actual prioriza la cultura narcisista de lo bello, asociada a la juventud y al éxito. Hoy en la sociedad, ser moderno, tener éxito, parece estar atado a la idea de lo desechable, del consumo constante, del cambio permanente por lo nuevo, lo novedoso en detrimento de la valorización y de la acumulación de las experiencias vividas por generaciones más viejas. Los mayores enfrentan falta de oportunidades ocupacionales, sociales, creativas que favorezcan el desarrollo. Así el placer de vivir queda atado y condenado a la pérdida de capacidad de trabajo, a las transformaciones físicas, al bajo tono vital, lo que los obliga a cambios en el hábito de vida, ya sea profesional como social y sexual. El viejo queda destituido de los atributos estéticos que rigen hoy, lo que lo destituye del lugar de objeto de deseo, quedando la sexualidad como un privilegio de los jóvenes.

Iacub (2001) describe un nuevo prejuicio que aparece en los países desarrollados donde los mayores tienen un alto nivel de vida y son muy numerosos. Se los denomina los "greedy geezer" o sea los grises codiciosos. Esta crítica está dirigida a la concepción que los gobiernos de estos países del primer mundo gastan en exceso en los beneficios para esta franja poblacional que los convierte en un grupo que tiende a acumular beneficios en forma desmedida.

Sin embargo, para Iacub (2006) es posible observar como en las últimas décadas se ha ido produciendo una modificación de la perspectiva con la que se juzga a la vejez, dando lugar a un enfoque más optimista, demostrando que la salud, la sexualidad y otras variables pueden ser desmitificadas y reconsideradas desde una visión más positiva.

2.3) Concepción medicalizada de la vejez

Muchnik (2006) hace referencia a como la vejez comienza a ser una preocupación para la medicina del siglo XIX. El psiquiatra francés Pinel, se interesa por la investigación de las enfermedades específicas de la vejez. El envejecimiento es considerado un proceso lento y progresivo donde se dan alteraciones que le son propias. Charcot en 1868 escribe "Lecciones sobre las enfermedades de los viejos" con el fin de develar si la vejez es una enfermedad en sí misma o una condición del organismo. Para este médico, la vejez es un período donde se producen atrofiaciones generales, el cuerpo se encorva, talla y peso disminuyen, aparece una pérdida de la realidad que se define como demencia senil. Esta preocupación de la medicina, da como resultado una nueva imagen de la vejez la cual queda asociada a enfermedad. La vejez queda restringida al espacio médico, el adjetivo senil comienza a usarse en muchas afecciones, lo que contribuye a la concepción de: vejez = enfermedad = decadencia.

El siglo XIX, es para Iacub (2006) el momento histórico donde se tendió a diferenciar y particularizar a los grupos poblacionales a partir de un esquema rígido de salud/enfermedad. Las debilidades asociadas a la vejez eran consideradas causa y no consecuencia de esta etapa, lo que termina por instaurar la teoría de la vejez como enfermedad en sí misma. A partir de los parámetros de la medicina moderna, la vitalidad de un organismo queda sujeta a su capacidad de reacción frente a los embates microbianos o virales del exterior. El anciano comenzó a ser considerado y definido por su cercanía con la muerte.

Sumado a esto, la moral victoriana de la época colaboró en reafirmar esta concepción. La rígida polaridad entre estereotipos positivos y negativos concebía a la vejez sana o enferma como el resultado del mayor o menor autocontrol a lo largo de la vida.

La metáfora moderna cuerpo-máquina instaura el concepto de que el cuerpo debía mantenerse en buen funcionamiento. Fue surgiendo una conciencia corporal que promovía el cuidado personal a través de la higiene como nueva forma de virtud. La salud implicaba capacidad laboral y funcional. Los ideales estéticos se ligaron al concepto de bienestar físico, el objetivo era mostrar lozanía, juventud, musculatura.

Para Iacub (2001) esta perspectiva del cuidado y de la investigación médico-científica dieron como resultado por un lado un mejoramiento del nivel de salud pero por otro un particular sentido de la marginación. Es así como la pasividad y la enfermedad, criterios heredados del siglo XIX terminaron caracterizando a las personas de edad, con más fuerza que cualquier otra representación. Esto llevó a la medicina a caracterizar a la vejez a partir de una letanía de enfermedades físicas y psicológicas. Hasta la década de 1970 los reportes médicos, psiquiátricos y psicológicos de los asistentes sociales sobre la población mayor estaban basados en la experiencia con personas enfermas e institucionalizadas, sin tener en cuenta que estas representaban solo el 5% de esa franja poblacional. Iacub (2001) describe que un estudio llevado adelante en Estados Unidos en el año 1981 da cuenta que la mitad de las personas consultadas de entre sesenta y cinco a ochenta años no hablaban de ninguna limitación por falta de salud. Esta mejora en la salud de la población mayor está relacionada a la educación recibida, la seguridad económica que gozan los mayores en los países desarrollados, la mejora de los hábitos sanitarios, el

abandono del tabaco, el ejercicio físico, el progreso de los medicamentos y la actividad continua. Si bien lo "normal" para un joven no es igual que para una persona mayor, esto no es sinónimo de enfermedad. Si bien no se debe descuidar el cuidado de aquel que lo necesita, tampoco se debe descuidar el respeto por la autonomía de las personas de edad.

Souza dos Santos (2005) también adhiere a la concepción de que muchos de los estudios realizados sobre la vejez tienden a centrarse en las pérdidas ya sea de las capacidades físicas, productivas, intelectuales o económicas. Refiere como algunos autores basaron sus estudios exclusivamente en estas pérdidas, dejando al viejo, portador de experiencia y de acumulación histórica, fundamental para la preservación de los valores culturales fuera del contexto social.

Ella menciona algunos trabajos que refieren a esta concepción médica y científica de la vejez y que condicionaron ideológicamente la ubicación del viejo dentro de la sociedad. Por ejemplo, los trabajos de Cummings y Henry (1968) quienes a través del desarrollo de la "Teoría del desprendimiento" sostuvieron que las personas por sí mismas se retiran de la interacción social cuando se dan cuenta del corto periodo de tiempo que les resta por vivir, y cuando perciben una disminución de energía y de vitalidad para mantener sus funciones. El aislamiento, para estos autores, se convierte en algo aceptable y en una conducta adaptativa. Así también los trabajos de Koller (1968) afirman que es el individuo quien en la vejez inicia por sí mismo el camino de retirada, sin preguntarse en que medida es la propia sociedad la que favorece o incita esta retirada. Como contrapartida, menciona los trabajos de Hochschild (1975), Mishara y Riedel (1984) quienes se plantean en que medida esta retirada no solo no representa una preferencia personal sino que es la consecuencia del fracaso de la sociedad en proveerles oportunidades para continuar socialmente activos.

2.4) El cuerpo en la vejez

Si bien el envejecimiento es un proceso que empieza desde el nacimiento, para Carrión y Ferrero (1998) este adquiere relevancia a partir de la edad adulta donde se comienza a percibir el tiempo como finito y a registrar los cambios físicos tanto internos como externos. Para estas psicoanalistas, la persona queda ceñida entre la generación joven a la cual ya no pertenece y una imagen en la cual aun no se ha proyectado. El modelo del propio envejecimiento no existe, la primera reacción es que esto es algo que le ocurre a los otros, y luego sobreviene la pregunta si le estará pasando a uno lo mismo. El cuerpo empieza a ligarse con la temporalidad y toma una dimensión historizada. El esquema corporal, el cual ellas definen como una realidad de hecho, como el vivir carnal al contacto del mundo físico se entrecruza con la imagen corporal que representa la síntesis viva de las experiencias emocionales. La condición de lo vivo es ser precedero y estar sujeto a los cambios, las pérdidas y las adquisiciones que constituyen la historia del sujeto. Así como el paso del tiempo puede ser camuflado por la propia percepción, es el cuerpo el que queda como marca, el que actúa como testigo de este paso rompiendo las fantasías omnipotentes de inmutabilidad.

El cuerpo revela los signos externos de envejecimiento, como las canas, las arrugas, la menor tonicidad muscular. Esto produce desestructuraciones que exigen al psiquismo un esfuerzo reparador y protector para mantener la mismidad.

Según Mannoni (1991) en el Medioevo, época de epidemias y pestes, la enfermedad aparecía como el horror visible de un cuerpo transformado y deformando, que se había vuelto monstruoso para uno mismo y para los demás. Con los progresos de la medicina la enfermedad se traslada al interior del cuerpo. La enfermedad ya no se ve. El cuerpo del enfermo y el cuerpo de la enfermedad tienden a separarse. El no ver la enfermedad tranquiliza al paciente y a quienes lo rodean. En la vejez, el cuerpo envejece, se deteriora, y esto reaparece en la superficie.

Para Iacub (2001) los cánones estéticos-eróticos no han cambiado demasiado en relación con los modelos griego-romanos de exaltación de la forma joven. Sin embargo en la actualidad se comienza a observar movimientos ligados a interacciones afectivas entre los propios mayores, donde comienzan a aparecer como más deseables, más bellos. El cuerpo es un elemento que siempre resultó difícil de simbolizar, aceptar y entender. Hoy este puede ser manipulado de un modo llamativo desde la tecnología. El ideal del cuerpo actual es móvil, mutante, puede alterar sus formas, yendo desde el rejuvenecimiento hasta las modificaciones de sexo, pasando por los trasplantes. El cuerpo es interpretado de modos diversos, lo que permite la concepción de lo erótico en el cuerpo en la vejez.

Flores Colombino (1998) toma el concepto de Zwang para el cual el atractivo sexual depende básicamente de un desarrollo corporal satisfactorio y la buena salud. Para él, no hay que obviar el hecho de que los seres humanos se han ido beneficiando con la tecnología actual. Hoy, las personas mayores son físicamente más atractivas que los ancianos de otras épocas. Ya no se observan tantas deformaciones genéticas, ni producidas por el trabajo de fuerza sin auxilio mecánico, ni por los partos y lactancias

prolongadas, o por las enfermedades crónicas, etc. Gracias a las normas higiénicas, los adelantos de la medicina, la odontología, la plástica, las prácticas deportivas, el yoga, la alimentación, se mantienen los músculos en forma, la columna elástica, la postura erguida, las manos hábiles.

Pero el peligro, según Iacub (2006), radica en que así como el cambio cultural produjo una apertura al erotismo en el plano social, las demandas sociales que se asocian al ideal de vejez pueden dar como resultado lo que él denomina los "transtarios", una nueva categoría social emergente donde la edad solo marca un rol social. Los sujetos pasan "a través de la edad" pero no la representan. El modo de gobierno del cuerpo se ha modificado, ahora se lo regula con el objetivo de buscar placer, el cuerpo se torna proyecto, se libera una guerra contra el cuerpo que envejece dando lugar a diferentes "terapias". La fantasía posmoderna es la de crear cuerpos a medida. La edad deja de ser un dato, la imagen del individuo tiende a negarla. Para los sujetos transtarios las biotecnologías constituyen un recurso para devenir más parecidos a la idea de sí mismos. La cuestión erótica, para Iacub queda en el centro de estas transformaciones.

2.5) El mito de la vejez asexual

Según Barca (2005) así como no hay razones para interrumpir la vida sexual de un ser humano que no sea del orden de la subjetividad, la sexualidad en la vejez ha sido un área muy maltratada, poco conocida y poco entendida por la sociedad y por los propios ancianos.

El estigma antierótico que pesa sobre la vejez, es para Iacub (2006) el resultante de una representación estereotipada de la ancianidad. Asociado con la edad, el erotismo y la sexualidad se presentan como un retiro natural y fuera de toda discusión. Esta deserotización de la vejez ha producido la transformación del goce sensual en pura ternura y cariño, sin otro fin. Hoy comienzan a coexistir con esta imagen otras más positivas que se promueven y se estimulan a partir de un discurso del envejecimiento activo.

Para Souza dos Santos (2005) la pérdida de hormonas modifican el mecanismo y la frecuencia de la erección en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer, dificultando la realización del coito. Esto parece decretar que la penetración es la única fuente productora de placer y que su ausencia, o las dificultades de esta posibilidad funcional incapacitan al viejo como ser sexuado. Lo que interfiere en la vida sexual del viejo está más allá de las limitaciones orgánicas, que son consecuencia del proceso natural de evolución del ser humano. Lo que interfiere en la vida sexual del viejo es del orden psicológico y social. El prejuicio que abriga el joven contra la sexualidad de los viejos también está presente en el viejo con relación a su propia sexualidad. Esta autora refiere a que los estudios de Auer (1997) sobre la sexualidad y el erotismo en la vejez señalan que las iglesias contribuyeron considerablemente para la desvalorización de la sexualidad y el erotismo considerándolos algo de lo cual el viejo debería avergonzarse o como mínimo callar. La sexualidad solo toma valor por su relación con la procreación.

Iacub (2006) describe que es con posterioridad a la Revolución Francesa donde las disidencias sexuales comienzan a registrarse en el código penal y es a partir de la segunda mitad del siglo XIX donde la medicina comienza a interesarse y a escribir sobre ellas. El médico se convierte así en el juez de la salud mental y en este contexto se afianza la crítica a la sexualidad de los viejos como algo perverso y denigrante. Aparece el término "gerontofilia" para describir el deseo de un sujeto joven por un viejo, y el deseo de un viejo por un sujeto joven. La gerontofilia queda, según Iacub, ubicada entre la zoofilia, la homosexualidad y la pedofilia.

Para él, muchos autores de la época consideraban que las transformaciones patológicas y psicológicas del envejecimiento eran consecuencia de los cambios sexuales producidos en este periodo. Los cambios en la sexualidad determinaban otros cambios que implicaban un peligro tanto para el individuo como para la sociedad. Las teorías energéticas trataban de explicar las variaciones psicológicas como resultantes de carencia o exceso de la energía sexual. Aparece el concepto de "ahorro sexual" destinado a la preservación de las fuerzas del individuo que persigue el rejuvenecimiento mediante la regeneración de la energía. El quantum de sexualidad disminuido por la edad anunciaba una suerte de retorno a lo inorgánico, aún en vida, lo que llevaba a la aparición de rasgos de carácter negativo como el egoísmo, el narcisismo, la irritabilidad. La degradación corporal era consecuencia de los hábitos y no de un proceso natural. Estos hábitos a los que se hacía referencia eran los referidos a la satisfacción sexual, vista como la principal causante de fuertes pérdidas de energía vital y de la decadencia física.

Aferrarse a la sexualidad era un rasgo de narcisismo senil. El verdadero ideal de la vejez debía ser la castidad psíquica y somática ya que el bienestar se lograba a través del ascetismo y la sublimación. El erotismo resultaba peligroso para el individuo, la felicidad doméstica y la moral pública.

Así mismo Ferrero (1998) hace referencia a como la sexualidad y la vejez no siempre estuvieron emparentadas. La relación que se establece culturalmente entre la sexualidad y la procreación, llevó a que el ejercicio de la sexualidad en la vejez quedara desechado. Aún hoy el sexo en la vejez es negado

y rechazado como algo inútil, equiparándolo con “la sexualidad de los ángeles” o sea, inexistente e innecesario. Para esta autora esta tendencia a la desexualización de los viejos provoca una alteración de la imagen que el viejo posee de sí mismo y de la etapa de la vida que atraviesa. Privar a la vejez de la libido sexual lleva a los viejos a sentimientos de minusvalía y a la depresión. Así como la dialéctica del deseo no se interrumpe nunca, la represión social o individual puede distorsionarla de manera nefasta, produciendo viejos privados del deseo de desear.

Para Iacub (2001) es interesante observar como a partir de la segunda mitad del siglo XX recién se comienza de a poco a desafiar el prejuicio que afirma la imposibilidad de la sexualidad en la vejez. Hoy ya no solo se puede hablar de una sexualidad posible, sino también de la importancia y la necesidad del ejercicio de la misma. La sexualidad es más que la práctica biológica y se relaciona tanto con “hacer el amor” como con sentirse deseado, poder desear, estar en contacto íntimo con el otro. La sexualidad tiene que ver fundamentalmente con hallar un goce en el otro.

El mito del anciano degenerado, voyeurista, o exhibicionista fue descartado por los estudios de Master y Johnson quienes demostraron que la incidencia de casos de perversiones en personas mayores no era mayor que en adultos jóvenes. Las personas jóvenes perversas lo siguen siendo en la vejez.

Para este autor, si bien se ha comenzado a vislumbrar un cambio, el prejuicio de la vejez asexualada aún no ha sido erradicado.

Capítulo 3: La función sexual

3.1) La función sexual. Definición

Para Acuña Cañas (2005) la función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla.

Al buscar el significado de la palabra “función” encontramos que el Diccionario Enciclopédico Sopena (1970) la define como “el ejercicio de un órgano o aparato de los seres vivos, de una máquina o de un instrumento”.

Amparo Belloch et al (1995) describen que el comportamiento y la actividad sexual son las áreas de la conducta humana en las que es más difícil establecer el límite entre lo normal y lo patológico. No existen puntos de referencia externos que permitan establecer cortes, esta división dependerá tanto del contexto social, el contexto cultural, la religión, el momento histórico, como de los factores de personalidad, la propia carga biológica, el sentido general de identidad y las circunstancias vitales de cada uno, además del propio criterio personal. Estos criterios varían de una cultura a otra, en distintas sociedades, en cada religión y en cada momento temporal. Estos autores ponen como ejemplo la homosexualidad, considerada como patología y que hoy ya no se la considera dentro de los trastornos sexuales. En esta situación cambiante, es difícil establecer criterios generales o categorías psicopatológicas aplicables a cualquier sociedad o persona que permitan delimitar la normalidad/ anormalidad de una actividad sexual determinada. Una manera de definir la patología y poder establecer la definición de un trastorno sexual en las clasificaciones diagnósticas es el uso, fundamentalmente subjetivo del concepto de malestar en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia.

La conducta sexual humana es para Vallejo Ruiloba (2003) un fenómeno complejo fruto de la interacción de una serie de factores de diversa índole. En la clínica el concepto de normalidad es de poca utilidad, ya que no puede dejarse de lado la influencia ejercida por el ambiente desde los inicios de la vida del individuo.

Kaplan y Sadock (1998) definen a la conducta sexual como una verdadera experiencia fisiológica. Esta conducta es variada y viene determinada por una compleja interacción de factores, donde intervienen la relación con los demás, las circunstancias vitales y la cultura en la cual vive la persona.

McCary (1996) afirma que a pesar que la sexualidad es parte de nuestra herencia, los seres humanos no la conocemos por instinto, sino que debemos aprenderla a partir de sus tres componentes básicos: biológico, psicológico y social.

El DSM IV describe a la función sexual a partir de las fases de la respuesta sexual humana, caracterizando los trastornos sexuales a partir de la alteración en alguna de estas fases o por dolor asociado con la realización del acto sexual.

3.2) La respuesta sexual humana

Salvarezza (1998) describe que a partir de los estudios realizados por Alfred Kinsey en 1948, y por Master y Johnson en 1966 se empieza a estudiar la conducta sexual de los seres humanos y comienza a comprenderse mejor como es la dinámica referida a la respuesta sexual humana. Estos autores comprobaron que la función sexual no se detiene con la edad, ni que ningún factor fisiológico relacionado al proceso normal de envejecimiento comporta necesariamente una pérdida absoluta del impulso sexual.

El proceso fisiológico para Amparo Belloch et al, (1995) se asocia al aumento continuado de la vasocongestión por incremento del flujo de sangre en la zona genital y a la miotonía o contracción de los músculos en los genitales (tumescencia) y la subsiguiente liberación de la actividad vascular y del tono muscular como consecuencia del orgasmo (detumescencia). El individuo experimenta diferentes niveles de tensión, tanto fisiológica como emocionalmente y, en el orgasmo, suele haber una percepción subjetiva de máximo de reacción y liberación física.

El Dr. Jorge Franco (1995) describe que la respuesta sexual se produce a partir de la excitación sexual, la cual se desencadena por acción de estímulos psicológicos y físicos. Los hombres y mujeres, en términos generales, experimentan una secuencia de respuestas fisiológicas ante la estimulación sexual la cual está relacionada con la preparación de los genitales para la función reproductora.

Para Helen Kaplan (1978) la respuesta sexual humana es "una secuencia ordenada y muy racional de acontecimientos fisiológicos".

Para que el acto sexual tenga éxito, los órganos genitales de los miembros de la pareja deben experimentar una serie de cambios intensos en cuanto a su forma y función. Kaplan describe que a partir de las observaciones realizadas por Master y Johnson, estos autores dividieron a la respuesta sexual en cuatro etapas.

3.3) Fases de la respuesta sexual humana

Para Helen Kaplan (1978) las características de cada fase, según la clasificación hecha por Master y Johnson son:

- **Fase de excitación:** donde comienzan los cambios fisiológicos frente a la estimulación sexual que será de tipo físico (caricias) o psicológico (pensamientos y/o fantasías). Inicio de sensaciones eróticas. Comienza el estado eréctil en el hombre y la lubricación en la mujer. Existen manifestaciones de tensión sexual con reacciones generalizadas de vasocongestión y miotonía. Hay aceleración de los procesos respiratorios, aumento del ritmo cardíaco e incremento de la presión arterial. En el hombre se produce la erección del pene, el escroto se hace más espeso y el saco escrotal se ensancha y se espesa, se elevan los testículos debido al acortamiento de los cordones espermáticos. En la mujer se produce un enrojecimiento de la piel en la zona genital, se hinchan los pechos y los pezones se hacen erectos. Se lubrica la vagina, el útero aumenta de tamaño por la vasodilatación y comienza a subir desde su posición pasiva en el suelo pélvico.
- **Fase de meseta o mantenimiento:** cuando la estimulación sexual se mantiene, y se produce el incremento de la tensión sexual. Para Kaplan, la fase de meseta descrita por Master y Johnson es un estado de excitación más avanzado anterior al orgasmo. La respuesta vasocongestiva de los órganos sexuales alcanza su pico máximo en ambos sexos. En el hombre el pene se extiende hasta su máximo tamaño, y se vuelve firme, aparecen gotas de un fluido mucoso claro. En la mujer la vasocongestión genital alcanza su punto máximo, los labios menores se hinchan y toman un color más oscuro, el útero alcanza su máxima altura, el clítoris se retrae.
- **Fase orgásmica:** consiste en la descarga explosiva de tensión neuromuscular que se produce en forma involuntaria y repentina cuando la estimulación alcanza su máxima intensidad. Es el clímax de la respuesta sexual, y el momento de mayor placer. El semen brota del pene erecto. Hay una sensación de inevitabilidad de la eyaculación. Después del orgasmo el hombre tiene un periodo donde es refractario a la estimulación sexual debiendo transcurrir un periodo de tiempo para que pueda tener otra erección. En la mujer el orgasmo consiste en contracciones rítmicas reflejas. Esta respuesta es independiente del tipo de estimulación y puede desencadenarse frente a cualquier tipo de estimulación del clítoris. La mujer no es refractaria al orgasmo y puede con estimulación volver a tener un orgasmo segundos después del primero. La mujer suele ser multiorgásmica.
- **Fase de resolución:** pérdida progresiva de la tensión sexual y la vuelta gradual del organismo al estado previo de la fase de excitación. Es el etapa final del ciclo de la respuesta sexual. El soma regresa a su estado basal, ritmo cardíaco, presión arterial, respiración, vascularización de la piel vuelven al estado anterior a la excitación.

Amparo Belloch et al, (1995) describe que a lo largo de estas cuatro fases se van produciendo diferentes cambios fisiológicos característicos para cada una de ellas. La excitación sexual no es algo que

pueda entenderse como una respuesta automática frente a una determinada estimulación. De hecho frente a la misma estimulación algunos responden y otros no, siendo también distinta la forma que esta respuesta toma. Para que la fase de excitación comience es necesario que exista cierto interés por parte de los involucrados en ella. La excitación sexual es indispensable para que el organismo pueda pasar del estado de reposo a la producción de cambios en la forma y función de los órganos. Esta excitación puede ser desencadenada por diferentes estímulos, tanto visuales como táctiles, auditivos, imaginativos y/o fantasiosos.

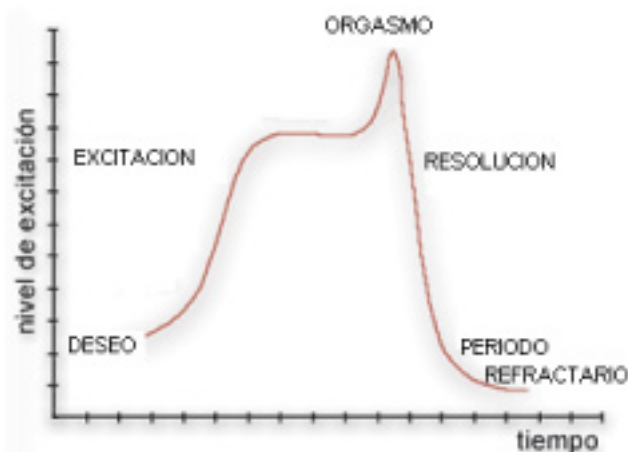
El DSM-IV TR (2002) así como Kaplan y Sadock (1998) toman las cuatro fases descritas por Master y Johnson y las clasifican en:

- **Fase de Deseo:** Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo. Esta fase no coincide con ninguna fase definida estrictamente desde el punto de vista fisiológico.
- **Fase de Excitación:** Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el hombre son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos. Esta fase de excitación se alcanza mediante la estimulación psicológica (fantasía o presencia del objeto amoroso), la estimulación fisiológica (caricias o besos) o mediante una combinación de ambas.
- **Fase del Orgasmo:** Es la fase culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el hombre existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones en la pared del tercio externo de la vagina. En ambos el esfínter anal se contrae de manera rítmica.

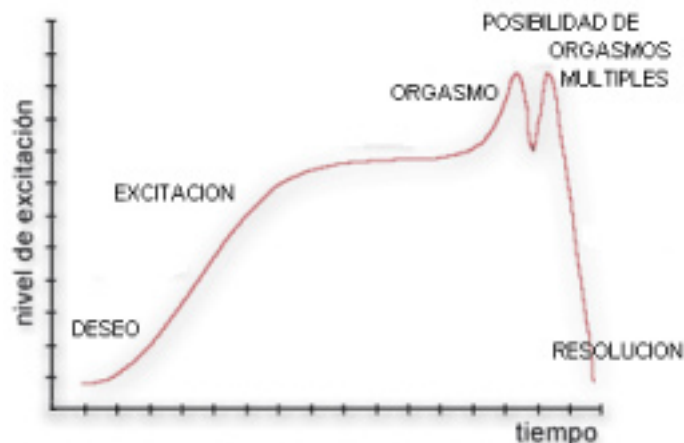
Se producen contracciones voluntarias e involuntarias de grandes grupos musculares, hay aumento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco.

- **Fase de Resolución:** Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. En esta etapa los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable, mientras que la mujer es capaz de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

En esta fase se produce el retiro de la sangre de los genitales (detumescencia), con lo que el cuerpo vuelve a recuperar el estado de reposo. Si se produce el orgasmo, esta resolución es rápida seguida de una sensación de bienestar pero si no se produce el orgasmo, la resolución es lenta y se acompaña de irritabilidad y disforia.



RESPUESTA SEXUAL MASCULINA



RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

3.4) La respuesta genital

El Dr. Jorge Franco (1995) realiza una distinción entre las distintas respuestas genitales que se producen en el hombre y en la mujer a lo largo de estas fases:

- **Respuesta genital masculina:** Durante la fase de excitación se produce la erección con bastante rapidez. Esto se da por la rápida y mayor entrada de sangre arterial al pene en relación a la salida venosa. Esto da como resultado la tumescencia y la rigidez.

Hay una elevación de los testículos y un engrosamiento del escroto.

Durante la excitación el sistema muscular aumenta el tono y aparecen movimientos involuntarios.

El orgasmo se produce en dos etapas. En la primera, llamada emisión se empuja el semen hacia la parte posterior de la uretra, donde la contracción refleja de esfínter de la vejiga impide que el semen penetre en ella y que la orina pueda salir de esta. La sensación subjetiva es la de una descarga inevitable.

La segunda etapa denominada eyacuación, el semen es expulsado al exterior por los músculos isquiocavernosos, los músculos de la uretra y los músculos adyacentes al pene.

Debido al periodo refractario, relacionado con la necesidad de reacondicionar los conductos seminales imposibilitan al hombre para poder experimentar orgasmos sucesivos. Siempre es necesario un periodo de espera entre una erección y otra.

- **Respuesta genital femenina:** Desde el momento de la excitación se produce una trasudación de las paredes vaginales que se denomina lubricación, que llega a cubrir toda la mucosa vaginal. La vagina aumenta de tamaño y se dilata. Hay engrosamiento de los labios menores y mayores, y tumefacción del clítoris en la zona del glande. Los pechos aumentan de tamaño y hay erección del pezón. Se producen contracciones musculares cíclicas, la entrada vaginal se reduce por la intensa vasocongestión que ayudara durante la penetración a retraer el prepucio peneano si fuese necesario. El clítoris se retrae y a la vasocongestión sigue el orgasmo que se caracteriza por una descarga muscular que produce un intenso goce. A diferencia que en el hombre, la aplicación de un nuevo estímulo puede producir otro orgasmo, sin la necesidad de un periodo refractario.

Capítulo 4: Función sexual en la vejez

4.1) La función sexual en la vejez, conceptualizaciones

Para Flores Colombino (1998) uno de los aspectos a tener en cuenta cuando se aborda el tema de la función sexual en la vejez, es no caer en dos tentaciones. Por un lado encarar el estudio de la sexualidad en el anciano con una actitud maníaca y negadora, intentando reivindicar derechos, abatiendo mitos y con un optimismo desmedido, conceptualizándola de una forma no realista. Por otro lado, asoma también la tentación contraria de estudiar a la vejez como un sujeto condenado a vivir sin sexualidad, en la "miseria erótica", en "castidad geriátrica", abrumado por las enfermedades, la viudez, el deterioro.

Según este autor: "Sin duda vamos a encontrar un pequeño porcentaje de la población en alguno de estos dos extremos, pero la gran mayoría de los ancianos no son ni tan eróticos ni tan castos"

El anciano esta sexuado, tiene un sexo que lo define genéricamente como hombre o mujer, dice Flores Colombino (1998). Pero su sexualidad constituye el sexo en funciones, dado por un sistema de compor-

tamientos de doble fuente: instintiva e intelectual. El ser humano a diferencia del animal, no está regido por el instinto sexual preprogramado genéticamente en todos sus detalles, sino que se nutre también de una fuente intelectual, que lo regula, ordena, controla y genera la mayoría de los fenómenos de la vida sexual. Es el cerebro el principal órgano sexual del hombre.

“En nuestra sociedad las escenas de películas o fotos de modelos jóvenes, ya sean hombres o mujeres, en poses eróticas no provocan extrañeza. Es como si se esperase de los jóvenes una disposición natural para la sexualidad y el amor en sus diversas manifestaciones. Ahora, si estas escenas o fotos, fuesen protagonizadas por modelos de más de sesenta años, seguramente nos tendríamos que enfrentar con la aparición de diferentes prejuicios por parte de los más jóvenes y también de los mismos viejos, que exceden a la simple valoración estética”. (Souza dos Santos, 2005),

Para Acuña Cañas (2005) muchas personas siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va desgastando hasta perder todo interés en aquellos que han superado los sesenta años. Se asume que el deseo se desvanece con el avance de la edad, y la vejez es asumida por muchos como una etapa ausente de manifestaciones sexuales. Pero existen muchos factores que influyen en la actividad sexual de las personas de más de sesenta años, entre los que se pueden nombrar una razonable buena salud, el interés por lo sexual, la existencia de un compañero o compañera sexual, el estado emocional y afectivo. Las personas no se transmutan, sino que envejecen. La vejez, así como la infancia, la juventud y la edad adulta es una etapa de transformación tanto física como biológica, emocional y sexual. La forma como cada persona envejece estará determinada por sus condiciones subjetivas, incluyendo la forma como fue vivida su historia personal en todos los periodos de su existencia y también estará atada a las condiciones socioculturales.

Las personas que mostraban poca inclinación hacia el sexo en su juventud tenderán a abandonar este tipo de actividad y ocultarse bajo la protección de la edad. Mientras que aquellas que poseían intereses sexuales activos lo continuarán siendo, pero con las limitaciones impuesta por la capacidad física.

Según el Dr. Jorge Franco (1995) se ha descubierto que cuanto más activa y placentera ha sido la vida sexual hasta los treinta y cinco años, existen más probabilidades de continuar con este ritmo en la vejez.

Salvarezza (1998) describe como la moral puritana reinante durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX impone la prohibición de verbalizar los aspectos ligados a la sexualidad. Ello no se conversa ni con la pareja ni con las amistades, tampoco entre padres e hijos. Las relaciones sexuales se tienen o no se tienen, pero nunca se habla de ellas. El cuerpo médico tampoco puede aislarse de esta concepción. El contacto sexual queda envuelto en una gruesa capa de represión individual, sociocultural y sobre todo religiosa. Las relaciones sexuales, quedan acalladas en el orden de lo privado. Esto lleva a un profundo desconocimiento de su fisiología que recién comienza a develarse a partir de la segunda mitad del siglo XX.

“El placer sexual fue muchas veces culpabilizado, reprimido por culturas enteras, sobre todo, en los periodos de juventud de los actuales ancianos” (Flores Colombino, 1998).

Este autor toma el concepto desarrollado en 1997 por Gerard Zwang quien define a la función sexual a partir de la función reproductiva unida a la función erótica. Así, el hablar de función sexual abarca también al placer sexual, el cuál se expresa a partir de un lenguaje propio. Este lenguaje utiliza todos los sentidos: tacto, vista, oído, olfato, gusto.

Al no quedar la función sexual unida exclusivamente a la necesidad reproductiva deja de ser privativa de la juventud o la adultez.

Esto lleva a poder pensar que el placer sexual se puede experimentar a cualquier edad, teniendo en cuenta que el mismo puede tomar diferentes formas de expresión, y que es una capacidad que se mantiene a lo largo de nuestra vida, independiente de la edad.

A su vez, Flores Colombino (1998) afirma que el placer sexual es hoy aceptado como de igual o mayor importancia que la función reproductiva. La función erótica, placentera, está legitimizada por la ciencia, perdiendo así su carácter de simple señuelo de la naturaleza para preservar la conservación y propagación de la especie.

4.2) Modificaciones de la función sexual en la vejez

Según Acuña Cañas (2005) Para muchas personas, el envejecimiento comienza a manifestarse con una disminución del deseo sexual, este deseo puede comenzar a declinar de manera paulatina y suave, mientras que en otras se presentará de manera brusca. Estas formas de presentación de la baja del deseo sexual puede producirse tanto por problemas físicos, de salud y del ambiente e influencias que rodean a la persona. Ahora bien, en un individuo sano, que ha gozado de una vida sexual satisfactoria, esta baja de deseo no determina la desaparición del mismo. Durante la vejez se conserva la capacidad de la respuesta sexual en sus cuatro fases, sin embargo existen modificaciones, tanto en el hombre como en la mujer

que deben ser tomadas en cuenta. Los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales 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 que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual.

Lo que se observa es que la duración e intensidad del ciclo sexual cambia incluso en ausencia de factores patológicos. El proceso de envejecimiento produce modificaciones en el patrón sexual en los seres humanos. Con el envejecimiento fisiológico se producen una serie de cambios anatómicos en los órganos sexuales, que se acompañan de modificaciones funcionales en las distintas fases del ciclo sexual.

A) Factores que contribuyen a la modificación de la función sexual en la vejez:

a) factores anatómicos:

La Dra. Herrera (2003) describe diferentes cambios como consecuencia del envejecimiento. Dentro de estos cambios destaca:

Hombre:

- Menor tamaño testicular
- Menor ascenso testicular con la erección
- Mayor tamaño prostático.

Mujer:

- Menor tamaño de los ovarios, trompas y útero
- Menor longitud vaginal.
- Atrofia de los labios mayores
- Atrofia de la mucosa del endometrio, cuello y vagina.

b) factores funcionales:

Dentro de los cambios funcionales que se producen en los órganos sexuales se destacan:

Hombre:

- Erección mas lenta y menos completa
- Descenso rápido de la erección tras la eyaculación
- Frecuencia eyaculatoria retrograda
- Orgasmo de más corta duración
- Periodo refractario prolongado

Mujer:

- Menor concentración de hormonas sexuales circulantes
- Menor lubricación vaginal
- Orgasmo de menor duración
- Menor numero de contracciones orgásmicas
- Menor entumescencia del clítoris
- Rápido descenso tras el orgasmo.

c) factores fisiológicos:

En el hombre:

- **Fase de excitación:** Es menor la respuesta a la estimulación visual y táctil con respecto a etapas anteriores. Necesita de más tiempo que el joven para lograr la erección, (el hombre joven necesita como promedio sólo de 15 a 30 segundos y el anciano puede demorar hasta 10 minutos). La erección del hombre de más de cincuenta años es menos firme debido a que los vasos sanguíneos no son tan elásticos como antes y los músculos son menos potentes, lo que disminuye la intensidad de erección pero nunca en condiciones de salud le hará perder totalmente la capacidad de un contacto sexual normal.
- **Fase de meseta:** Es más larga por disminución de la fuerza muscular y se observa una disminución de la elevación testicular. Esta demora en el tiempo en eyaculación prolonga más el coito. Desaparece el fantasma de la eyaculación precoz que sufren algunos hombres jóvenes.
- **Fase orgásmica:** Es más corta y con un menor volumen de líquido seminal. Esta disminución del eyaculado en cuanto a su volumen y la fuerza con que es expulsado es debido a una menor potencia de los músculos eyaculadores y de sus contracciones durante el orgasmo. Pocas veces los miembros de la pareja se percatan de este detalle.

- **Fase de resolución:** Se caracteriza por una pérdida del volumen peneano o pérdida de la erección después de la eyaculación más rápida. Se alarga el periodo refractario, necesitándose más tiempo para lograr otra erección que puede a extenderse no a horas sino a días.

En la mujer:

- **Fase de excitación:** La fase de expansión y lubricación de la vagina es más alargada. El patrón rugoso y grueso de la pared de la vagina disminuye, su revestimiento llega a ser delgado y menos elástico. La vagina se alarga y su amplitud disminuye como lo hace su capacidad para expandirse. El flujo de lubricación que normalmente ocurre con rapidez en la mujer joven durante la fase de excitación sexual, aparece de modo más lento y hay un descenso en su cantidad. Las secreciones vaginales tienden a ser menos ácidas y pueden llegar a ser alcalinas.
- **Fase de meseta:** La elevación del útero está disminuida; la duración y la intensidad de la estimulación sexual para lograr un orgasmo se ve aumentada. Hay una pérdida gradual de los tejidos del área genital, sobre todo en la región vulvar lo que resulta en el aplanamiento del monte de Venus y una disminución de la firmeza de los labios mayores.
- **Fase orgásmica:** 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 multiorgásmica.

d) factores hormonales:

En el hombre:

El Dr. Mulligan (2004) describe que existen cambios evidentes en la conducta sexual masculina. Para él claramente, el interés sexual cambia con el envejecimiento. Durante todas las etapas de la vida se van produciendo cambios que son propios y definen a cada una de estas etapas. Se puede observar como los varones prepúberes muestran una aversión a las interacciones con miembros del sexo opuesto. Sin embargo, esta conducta comienza a cambiar durante la pubertad donde de repente empiezan a encontrar las chicas interesantes y atractivas. Esto coincide desde el punto de vista hormonal con el aumento de la secreción de testosterona por parte de los testículos

Durante la adultez temprana, los niveles de testosterona alcanzan su pico máximo, lo que también ocurre con el deseo sexual.

Con el comienzo de la edad madura, hay un cambio gradual en el deseo sexual, a menudo imperceptible, el contacto sexual empieza a cambiar, y comienza a aumentar la importancia de las caricias.

Comienza a necesitarse un mayor estímulo directo para llegar a la excitación sexual. En la adolescencia y en la mayoría de los adultos jóvenes se necesita una estimulación mínima para lograr una erección. En la vejez se necesita una estimulación peneana adicional para alcanzarla lo que erróneamente se percibe a menudo como impotencia. Al envejecer, hay disminución gradual en el volumen testicular y de la fibrosis global del testículo. Hay una disminución lenta pero persistente en la disponibilidad de testosterona.

Sin embargo para la Dra. Herrera (2003) 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 tenerse en cuenta para evitarse una interpretación errónea de los mismos que pueda repercutir negativamente sobre la actividad sexual en el anciano.

La necesidad de una mayor estimulación peneana con el envejecimiento se relaciona con una disminución gradual en la velocidad de conducción nerviosa y una pérdida asociada de la sensación vibratoria a nivel del pene. Esta disfunción nerviosa se manifiesta también en una lentitud en el tiempo de respuesta a los estímulos ambientales. Adicionalmente, hay un aumento gradual en la prevalencia de las enfermedades crónicas, muchas de las cuales debilitan la eficiencia neuronal.

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.

En la mujer:

Para el Dr. Mulligan (2004) los cambios fisiológicos, físicos y hormonales que ocurren a partir de la menopausia en la mujer sana normal no tienen efectos negativos en la capacidad para la actividad sexual o en su realización. Todas las fases del ciclo se mantienen pero con una intensidad menor.

La mujer en su vejez, según el Dr. Jorge Franco (1995) no se ve afectada normalmente por factores orgánicos, excepto una disminución de la lubricación vaginal por descenso del estrógeno.

El interés sexual en la mujer mayor sigue un patrón distinto al del hombre.

“La excitabilidad sexual, medida como la inversa del tiempo que existe entre el estímulo sexual (real o fantaseado) y la etapa neurovascular, o sea la erección masculina y la lubricación vaginal en la mujer, tiene su pico máximo en el hombre a los veinte años y en la mujer entre los treinta y cinco y cuarenta años. En contraste con los varones, el pico de interés sexual femenino está entre los treinta y los cuarenta años, y a menudo se mantiene hasta después de los sesenta años.” (Dr. Jorge Franco, 1995)

Según el Dr. Mullingan (2004) al comenzar la pubertad hay un aumento en la producción de la hormona foliculo estimulante (FSH); en la adolescencia temprana ocurre lo mismo con la hormona luteinizante (LH), los estrógenos, la progesterona, y varios andrógenos. En este tiempo el interés sexual llega a ser notorio. Aunque los estrógenos tienen un efecto significativo en los cambios fisiológicos de los genitales y otras estructuras del cuerpo, no hay evidencia que afecten en forma directa el interés sexual en las mujeres.

Las mujeres casi siempre empiezan el climaterio o la transición entre la fase reproductiva y no-reproductiva hacia los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años de edad. Sin embargo, la menopausia puede empezar temprano, existiendo casos donde comienza a los treinta y cinco años o muy tarde, como a los sesenta. A medida que la mujer se aproxima a la menopausia el ciclo menstrual se alarga, llega a ser irregular, y al fin cesa. El período de transición referido como perimenopáusico se caracteriza por cambios hormonales múltiples.

Según Salvarezza (1998) la menopausia por sí misma no parece tener un efecto negativo sobre el interés sexual. Contrariamente a la mitología de la menopausia, un gran número de mujeres posmenopáusicas experimentan un aumento del deseo sexual, que en parte puede deberse a que desaparece el temor a un embarazo no planeado.

e) factores psicosociales:

En el hombre:

Desde el punto de vista del Dr. Mullingan (2004), con el comienzo de la vejez, los hombres frecuentemente tienen dificultades con el retiro laboral y la pérdida asociada de la productividad financiera. Las alteraciones en la autoimagen pueden dar lugar a una disminución en la autovaloración y en el sentimiento de lucir atractivo. Si bien los hombres mayores aducen que ya no experimentan un interés fuerte en el sexo, como lo fue en la adultez temprana, muchos informan que el interés continúa en forma moderada. Las actitudes sexuales y el conocimiento están íntimamente relacionados con el interés sexual. Un adecuado conocimiento sobre el sexo tiende a evitar los problemas sexuales. Muchos hombres mayores, al ignorar los cambios en el funcionamiento sexual que se producen por las modificaciones fisiológicas normales para la edad pueden sentirse vulnerables a preocupaciones sobre el desempeño sexual.

En una investigación realizada por Mark Clements en 1996, sobre 1604 sujetos de entre sesenta y cinco y noventa y siete años se encontró que el 40% estaba interesados y sexualmente activos (Salvarezza, 1998)

Para la Dra. Herrera (2003) aquellos ancianos que logran mantener una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrá relaciones sexuales satisfactorias. En nuestras sociedades, esta percepción de pérdida del atractivo sexual es más marcado en la mujer que en el hombre.

En la mujer:

Para la Dra. Herrera (2003) se vive en un mundo que privilegia la juventud lo que produce miedo a “llegar a viejas”. Se observa que para las mujeres 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. El sentirse deseadas sexualmente pasa por el seguir sintiéndose bellas. Este deseo de no verse “viejas”, pasa por el culto a la belleza juvenil y a 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.

Para las mujeres, el amor constituye una parte fundamental de la relación de pareja y en su vida en general, 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. 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.

Según el Dr. Mullingan, (2005) varios investigadores han postulado que la disminución del interés en la mujer se debe a actitudes protectoras y defensivas como respuesta a la falta de oportunidades. Además, en contraste con los hombres, las mujeres por lo general tienen necesidad de una relación estimulante emocionalmente como un prerrequisito para que se despierte el deseo sexual. En esta sociedad que está orientada hacia la juventud, el sexo y la sexualidad casi siempre se representan en las mujeres jóvenes. Los cambios físicos normales, como un cuerpo menos firme, el cabello gris, las arrugas, tienden a hacer sentir a algunas mujeres que son menos atractivas para el sexo opuesto, y pueden vacilar antes de expresar su interés sexual. Esta vacilación no implica que el deseo haya desaparecido.

f) efectos de la monotonía:

Para McCary (1996) la monotonía dentro de la pareja suele ser un factor que influye negativamente en la actividad sexual. En parejas con muchos años de convivencia, el sexo se convierte en una actividad mecánica, en un acontecimiento completamente carente de imaginación. Para este autor, en estudios realizados sobre 100 casos de ancianos con impotencia, se comprobó que muchos eran impotentes solo con sus esposas, resultado de la monotonía sexual. La relación sexual se desvitaliza, la pareja se vuelve cada vez menos atractiva en lo sexual. Esto colabora en la disminución de la autoestima, al sentirse la persona menos atractiva físicamente y menos deseable.

Salvarezza (1998) también incluye a la monotonía como causal de la moratoria en la relación sexual en la vejez. El no concuerda con los hallazgos de Master y Johnson donde se hace hincapié en la actitud poco estimuladora de la mujer. Para Salvarezza esta falta de motivación es compartida entre ambos miembros de la pareja.

Capítulo 5: Trastornos de la función sexual por causas orgánicas de mayor incidencia en la vejez:

5.1) Disfunción sexual en la vejez

Según Acuña Cañas (2005) El proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica y a un aumento de la vulnerabilidad frente a las enfermedades. En esta etapa se experimentan sentimientos contradictorios frente a la sexualidad y los temas relacionados con ésta evocan actitudes y reacciones muy distintas. La interacción entre los trastornos físicos y la conducta sexual es compleja y dependerá tanto de los efectos físicos de la enfermedad como de las características psicológicas de la persona que la padece. Las mismas dificultades pueden ejercer efectos completamente distintos sobre diferentes individuos, según haya sido su historia sexual previa, el tipo de relación que tenga con su pareja y su personalidad.

Pocos trastornos orgánicos destruyen completamente la respuesta sexual. Lo más corriente es que esta quede bloqueada parcialmente. La alarma o la desesperación que este bloqueo pueda provocar tanto en el paciente como en su pareja pueden desencadenar una disfunción total, la que estará más relacionada a la reacción emocional que a los problemas orgánicos en sí mismos. Los factores orgánicos no afectan la respuesta sexual en hombres y mujeres de la misma forma. Como tampoco ejercen el mismo tipo de influencia en las distintas fases de la respuesta sexual humana. Frente a alguna enfermedad crónica, aunque ésta no afecte directamente a la capacidad sexual, el miedo y la actitud negativa limitan más la actividad sexual de ambos miembros de la pareja. Hay una prevalencia elevada de trastornos psicopatológicos, como la depresión, los trastornos de ansiedad, y la existencia de estresores muy frecuentes en la vejez debido a la posible pérdida de la pareja, el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico o la presencia de problemas de salud en la familia. Esto contribuye también a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en el anciano. El cansancio, el estrés y la tensión constituyen causas de disfunción sexual en 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.

Según Salvarezza (1998) En nuestra sociedad aún se mide la actividad sexual según la intensidad y el número de coitos, y frente a la disminución de la frecuencia que se produce con la edad muchas parejas van optando progresivamente por la abstinencia.

Así, sin impedimentos físicos, muchas veces, se va produciendo una disminución completa de la actividad sexual.

Para la Dra. Herrera (2003) La disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona tanto con los cambios físicos debido al envejecimiento como la disponibilidad de una pareja, 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 sujeto. Entre los inconvenientes que se pueden enumerar figuran los que están relacionados con el desconocimiento. Frente a los 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 perjudicar la capacidad de respuesta sexual. Lo mismo sucede en la mujer frente a la disminución de la lubricación vaginal característica en la postmenopausia. Las molestias que se pueden sentir provocan ansiedad anticipatoria con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper. Muchas veces, debido al desconocimiento se confunde el cambio normal y natural de la respuesta sexual humana con un trastorno o disfunción. Por ejemplo, en el hombre, los cambios en la fase de excitación, la necesidad de mayor estimulación para lograr la erección o la falta de turgencia suele confundírsele con un trastorno de impotencia, que puede llegar a provocar gran preocupación y ansiedad.

Hay algunas enfermedades que deprimen el deseo sexual en etapas bien tempranas, como por ejemplo los trastornos hepáticos, la diabetes, la esclerosis múltiple.

La Depresión es responsable de gran parte de los casos de impotencia en el anciano. Los psicofármacos que se utilizan en el tratamiento de la depresión suelen 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.

El trastorno de ansiedad en cualquiera de sus formas, también es responsable de la disfunción sexual en esta etapa de la vida. Es 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 suele ocurrir en pacientes con cardiopatía coronaria, sin que existan razones orgánicas.

a) disfunción sexual en el hombre mayor:

Disfunción eréctil: Cuando existen trastornos en la erección estos suelen deberse a múltiples factores, siendo el trastorno vascular el más frecuente en la vejez, debido a alteraciones del sistema arterial.

También influyen la medicación, los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco), trastornos metabólicos y endocrinos, como en el caso de la diabetes mellitus de gran prevalencia en esta etapa de la vida. En el hombre puede producir no solo alteración de la erección, sino también disminución de la libido, trastornos neurológicos, enfermedades sistémicas como insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, cirrosis, cáncer.

Todas estas patologías son bastante frecuentes en la vejez y al ser enfermedades que afectan a todo el organismo también van a manifestar

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.

b) disfunción sexual en la mujer mayor:

En la mujer suele ser común la **dispareunia o coito doloroso**. La causa más frecuente de su aparición es la disminución de la producción de estrógenos debido a la menopausia, lo que lleva a una disminución en la lubricación vaginal. La disminución de la lubricación convierte a la vagina en un órgano más susceptible a las lesiones por roce y también a posibles infecciones.

La presencia de **incontinencia urinaria**, trastorno muy frecuente en mujeres mayores, generalmente múltiparas, inhibe el deseo y la respuesta sexual. La mayoría 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 feminidad que secundariamente puede llevar a un trastorno depresivo y consecuentemente producir disfunción sexual.

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

5.2) Enfermedades orgánicas más habituales en la vejez

Según Salvarezza (1998) cualquier deterioro, agudo o crónico que se manifieste en el ámbito de la mente o el cuerpo, que actúe reduciendo las condiciones generales del sujeto puede provocar una disminución del deseo sexual. Cuando el problema es agudo, la dificultad es transitoria, cuando es crónico o se desarrolla muy lentamente, la disminución de la capacidad de respuesta es consecuencia directa de la disminución física.

Dentro de las diferentes enfermedades más comunes en la vejez, los estudios realizados en Chile por la Dra. Herrera (2003) han brindado los siguientes resultados

- **Patología cardiovascular:** Si bien no existen evidencias de aumento de muertes súbitas durante el coito en relación a la población normal, los pacientes suelen tener temor que el acto sexual provoque una insuficiencia cardíaca severa. En los ancianos con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o cirugía previa de by-pass no hay motivo para evitar las relaciones sexuales.
- **Hipertensión:** En varones con hipertensión la incidencia de impotencia, ya sea por la enfermedad o por efecto secundario a la medicación es del 15%. Algunos fármacos antihipertensivos tienen un efecto negativo en la respuesta exitatoria lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de seleccionar el tratamiento.

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

- **Patología pulmonar:** La dificultad en las relaciones sexuales no depende de la propia enfermedad, sino del grado de disnea, hipoxia que presente el paciente y de los efectos del tratamiento con corticoides.
- **Patología neurológica:** En las enfermedades cerebrovasculares hay una disminución de la autoestima, según la zona cerebral afectada por el accidente cerebrovascular pueden presentarse déficit motor, problemas de comunicación y depresión, que son las causas que producen alteración en la vida sexual. Se ha demostrado que la actividad sexual no es causal de enfermedad cerebrovascular, como que tampoco incrementa el déficit neurológico.

Enfermedad de Parkinson: no existe un deterioro en la sexualidad si la sintomatología está controlada, pero hay que tener en cuenta que algunos fármacos como los anticolinérgicos pueden alterar las relaciones sexuales.

Demencia: en períodos moderados y avanzados de la enfermedad se suele acompañar con problemas hiper o hiposexualidad.

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.

Otro aspecto frecuente en el demente es la desinhibición, con comportamientos inadecuados en público (exhibición de genitales, tocamientos, masturbaciones), que resultan molestos u ofensivos. Los ancianos, aun con incapacidad mental tiene capacidad para sentir placer, y que muchas veces necesitan tocar y ser tocados, sentirse queridos, sentir calor.

- **Patología urológica:** 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.

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 discomfort psicológico.

- **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 antipalúdicos.

- **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. Una vez corregida la enfermedad de base se normaliza el déficit en las relaciones sexuales.

- **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. Hay una 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.

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

5.3) Influencia medicamentosa

El artículo de la Dra. Herrera (2003) describe que el 10% de los medicamentos que comúnmente se prescriben en la vejez producen como efectos colaterales algún tipo de alteración en la función sexual. Los antihistamínicos, barbitúricos, diazepam, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, estrógenos IMAO, haloperidol, suelen provocar como efecto secundario disminución del deseo sexual y alteraciones en las fases de excitación y de orgasmo.

Los anticonvulsivantes, los antiarrítmicos, antihipertensivos, betabloqueadores, y vasodilatadores, los diuréticos, los ansiolíticos e hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos, litio, analgésicos narcóticos, los antiespasmódicos, estrógenos, y progesterona pueden producir impotencia.

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 a través de la disminución de las presiones en el pene y de la reducción de la concentración de testosterona. La disminución de la testosterona produce una disminución de la libido pero no una disfunción eréctil por sí misma (los varones jóvenes castrados pueden tener erección).

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.

Según Salvarezza (1998) las personas de edad suelen consumir un gran número de drogas prescritas o no prescritas. El 37% de la medicación recetada suele ser a pacientes mayores, aunque estos representen el 15% de la población. La gran mayoría de drogas utilizadas en las enfermedades crónicas tienen efecto nocivo sobre la sexualidad.

5.4) Efecto de la patología quirúrgica

Según la Dra. Herrera (2003) 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.

5.5) Excesos en la comida y la bebida

Para Salvarezza (1998) la excesiva ingesta de alimentos y el sobrepeso que se puede observar con relativa facilidad en la población de edad, tiende a reducir el deseo sexual y la capacidad de goce. Otro factor de gran influencia es la ingesta de alcohol. El alcohol es una droga depresora que tiene efectos sobre el funcionamiento sexual reduciendo la potencia en el hombre y la capacidad orgásmica en la mujer. Los hombres pueden sentirse desinhibidos por el efecto de la bebida, pero esta impide la posibilidad de mantener una erección adecuada.

Según un artículo aparecido en el Diario La Nación el 15 de julio de 2006, la ingesta de alcohol y de tranquilizantes ha crecido en las personas mayores. "En el consultorio, un 70% de los mayores de sesenta años hace referencia al consumo de psicofármacos y alcohol" según el doctor Patiño, médico psiquiatra y profesor de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la UBA.

Capítulo 6: Nueva perspectiva de la vejez:

Vivir, no solo existir
Flores Colombino.

6.1) Repensar la vejez

Para Iacub (2001) se puede analizar una nueva tendencia social que aparece en nuestros días y que se refleja en una parte de los mayores. Día a día se hace más evidente que la noción de edad, tal como era entendida, se ha ido modificando. Así como la modernidad había establecido un modo pautado y normativo de las expectativas sociales en relación con la edad, la posmodernidad desestructuro los aspectos esperables ligados a ella creando nuevos modelos. Las edades en la posmodernidad se diversifican, se multiplican. Las normas y restricciones concernientes a la edad pierden importancia.

Esto lleva a un cambio en las actitudes, la capacidad de decidir y actuar. Los mayores hoy son capaces de hacer cosas que no se esperaba de ellos. Este cambio se refleja también en los medios de comunicación que poco a poco van proyectando un nuevo modo de mirar a los mayores. Según este autor se van dejando de lado las historias de enfermedades, de soledad, o de falta de proyectos, para adentrarse en los logros, los amores, las posibilidades. La vejez comienza a presentarse no como una etapa de invalidez, ya sea física como emocional sino como una etapa de autonomía y de utilidad social. Abandonando lentamente los viejos prejuicios. Las edades de la vida cambian, se comienzan a entender de otra forma, actividad que lleva a perder los esquemas fijos del abuelito en su sillón o jugando con sus nietos, dando lugar a una imagen más dinámica donde la edad no juega como factor imposibilitador. Hace también mención a los estudios de la gerontóloga norteamericana Neugarten los cuales describen como la edad se vuelve irrelevante. A la extensión en la cantidad de años vividos se suma la transformación de los valores y de los roles que promueven una nueva actitud frente a la vida. La longevidad ha hecho que el espacio vital reservado a los mayores sea vivenciado como una segunda etapa en la vida, una segunda oportunidad. Esto lleva a redefinir nuevos objetivos en la vida, nuevas vocaciones, nuevas oportunidades. Para esta investigadora es llamativa la homogenización que se viene produciendo en los distintos fenómenos sociales que antes eran marcadores de las diferentes edades. Hay homogenización en el vestir, en los usos cotidianos, es cada vez más frecuente encontrar mayores en jogging, yendo a bailar, volviendo a estudiar, lo que da cuenta de la flexibilidad existente. Hay en la actualidad una transformación que busca la expansión, redescubriendo un nuevo cuerpo, una identidad y sentidos variables del tiempo y de lo que queda por vivir. El ideal actual que supone el libre consentimiento da lugar a que emerjan nuevos reclamos y formas de enfrentar diversas dificultades de la vida. Uno de los fenómenos más llamativos, según Iacub (2006) es la agrupación de los mayores en espacios específicos asociados con la recreación, el turismo, la educación. Estos micromundos comunitarios posibilitan un tipo de sociabilidad que incluye el erotismo. Se facilita la estética del amor en la vejez, donde el envejecimiento no resulta un estorbo, sino un rasgo conducente al encuentro. Habilitan la readecuación de los deseos asociados a la juventud de modo que sean admisibles en la vejez.

Para este autor es necesario poder salir de criterios estereotipados que atan a las personas mayores a considerarse sujetos que ya no cambian y que sus vidas están signadas por la repetición de viejos esquemas. Las personas mayores tienen capacidad de cambio personal, y pueden seguir disfrutando de su sexualidad.

Flores Colombino (1998) hace hincapié en que los recursos actuales con los que cuenta la gerontología permiten, junto con la sexología redimensionar la sexualidad en la vejez hacia una revaloración de la función erótica y placentera, mediante una educación sexual, tanto del anciano como de la sociedad.

Para este autor, hay personas mayores que solo necesitan cariño, un interés sano y puramente intelectual sobre la sexualidad, lo que es enteramente respetable. Así como no hay que forzarlos a que encaren una vida sexual para la que no están dispuestos, no por ello se puede condenar a que los demás no necesiten llevar adelante su sexualidad a una actividad coital satisfactoria.

Salvarezza (1998) expresa: "No es indispensable ser joven para vivir la vida y para gozar de ella, basta con mantener activo el deseo, no importa los años que se tengan".

6.2) Sexualidad y erotismo en la vejez.

"La capacidad para el placer erótico se inicia con el nacimiento y no tiene porque desaparecer hasta la muerte. Sin embargo la edad modela la dimensión biológica de nuestra sexualidad de una forma importante, de tal manera que la intensidad y la calidad de la respuesta sexual varía en cada nivel cronológico" (Helen Kaplan, 1978)

Para la Dra. Herrera (2003) 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. Así como 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. Desde hace algunos años se asiste 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. En la actualidad se está, también, inmerso en la era del reciclaje: todo se recicla, incluso la vejez. 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. Este nuevo mito se opone 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. Para esta autora, 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. Se puede comenzar a pensar el concepto de sexualidad en la vejez basándose 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.

Iacub (2006) propone repensar la sexualidad de una manera más amplia, sin objetos precisos. Si la finalidad es el placer, en la vejez pueden encontrarse caminos alternativos sin que esto lleve excluyentemente al goce genital y sin por eso suponer un goce perverso. Permitir un posicionamiento erótico tanto masculino como femenino que permita en la vejez pensarse como sujetos deseables, y poder también manifestar el propio deseo. Así como la sexualidad es entendida como un espacio de goce ligado a las partes erógenas, lo erótico alude a un tipo de placer relativo a determinados órganos, los cuales una vez elaborado el complejo de edipo y transcurrida la pubertad, pasan a ocupar el placer final, mientras que los otros goces toman el lugar del placer previo. El erotismo del sujeto está asociado al valor fálico que posee el cuerpo. Este autor toma el concepto de Butler y Lewis (1980) que proponen la posibilidad que la sexualidad pueda representar la oportunidad de expresión, pasión, afecto, admiración como una afirmación del propio cuerpo como lugar de goce, brindar un fuerte sentido del sí y de valoración personal, lo que protege contra la ansiedad, la soledad; el placer de ser tocado, mimado, querido constituyen una afirmación de la vida. Poder incluir la broma, el humor, el guiño cómplice, los matices de la conversación como elementos de un estado emocional positivo. Este noción más rica de la sexualidad permite recuperar un aspecto más abarcativo del erotismo.

Ferrero (1998) se pregunta que si desde el conocimiento psicoanalítico se sabe que el deseo no transcurre por carriles biológicos, y la sexualidad se liga a lo corporal, pero trascendiéndolo, donde se coloca la genitalidad y su puesta en acto, el coito. Establecida la continuidad libidinal y reconocida su persistencia, aunque con modificaciones, la realización pregenital perdura en la adultez y en la vejez. Un individuo cuyas funciones genitales han disminuido o desaparecido, no por ello es asexual. Al interrogar sobre la sexualidad de los viejos, se interroga sobre en que se convierte la relación del hombre consigo mismo, con los demás, con el mundo cuando ha desaparecido el primado de la genitalidad. Para esta psicoanalista es absurdo pensar que se vuelve a una sexualidad infantil o que la misma se anula por innecesaria. Los preliminares sexuales importan tanto como la relación misma.

Barca (2005) hace referencia a que fue necesario la descripción de Freud a principios del siglo XX acerca de la sexualidad infantil y la capacidad de amar de los niños para que se comprenda la importancia de la sexualidad en el desarrollo del ser humano. La sexualidad se independiza de la finalidad biológica de la reproducción por efecto del lenguaje y establece la diferencia entre el mundo animal y el hombre. Recién en la segunda mitad del siglo XX comienza a aceptarse, comprenderse e investigar la existencia de la sexualidad en los mayores, desterrando mitos y prejuicios que giran en torno a la vejez.

Cuando se habla de vejez, según Mannoni (1991), generalmente se empieza por hacer el catálogo de todo lo que se debilita con la edad, ya sea la visión, la motricidad, la memoria, las relaciones sexuales que se van haciendo cada vez más esporádicas. Prácticamente no se habla de la sexualidad, que se transforma en ternura, en contactos sostenidos por la voz, la mirada, el tacto. Soñar con el amor es posible hasta el final de la vida. "Lo que mantiene vivo a un ser humano es el afecto, la ternura, un espacio de sueño en el que haya sitio para la presencia de alguien que nos escuche".

Souza dos Santos (2005) expresa que el crecimiento del individualismo del estilo de vida actual ha capacitado a los mayores a formar su propio juicio, aumentando las posibilidades de cultivar concientemente una sexualidad y un erotismo específicos de la vejez, ya sea relativos a la propia relación de pareja o en la posibilidad de iniciar nuevas relaciones. Rescatar el derecho a una vida sexual del viejo, implica poder pensar el amor en sus formas de transformación de la libido, o sea en otras formas de amor que pasan por la ternura, el contacto físico que erotiza todo el cuerpo, la mirada, el toque, la voz, redescubriendo las primeras formas de amor del ser humano. Para esta autora, la sexualidad humana no tiene un objeto específico, sino que este será determinado por las primeras experiencias marcadas en los cuidados dados por la madre. Antes de tener acceso a la palabra que dará sentido a las sensaciones, la propiedad erógena se relaciona con alguna parte del cuerpo marcada por las primeras experiencias placenteras. Los estímulos, más que la naturaleza de las partes estimuladas del cuerpo, determinarán la producción de la sensación placentera. En la infancia se busca la satisfacción a partir de la estimulación de la zona erógena escogida. La satisfacción debe ser vivenciada antes para transformarse en necesidad de repetirla.

Souza propone que lo que mantiene vivo al ser humano es el afecto, la ternura, la presencia de alguien que lo escuche, con quien compartir la vida. En el envejecimiento, cuando las funciones orgánicas sufren en su desempeño una pérdida sexual, la libido o energía sexual que privilegia el aparato genital

para su realización, puede retornar a otras zonas del cuerpo marcadas en las primeras experiencias. La sexualidad como manifestación de amor, de afecto, adquiere otras formas de expresión. La capacidad de amar no tiene límite cronológico. El límite está en lo psicológico, en el prejuicio y en la intolerancia social. El límite no está en lo real del cuerpo.

6.3) Acceso a la pareja

Según la Dra. Herrera (2003) cuando pensamos en la sexualidad en la vejez, uno de los aspectos importantes es la posibilidad de contar con una pareja. La vejez suele ser un periodo de pérdidas, donde encontramos un alto grado de ancianos viudos o con su pareja imposibilitada por enfermedad crónica severa. La viudez, el hecho de perder la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso en el 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 la antigua, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada. Desde el ámbito social no es poco común escuchar términos tan despectivos como el "viejo verde" y la "viuda alegre" referidos a aquellos que vuelven a constituir una pareja. Todos estos mitos y prejuicios sociales castigan al anciano, privándole de su derecho de mantener una actividad sexual satisfactoria. La situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Se comprobó que una amplia mayoría de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo.

Flores Colombino (1998) afirma que la importancia de la pareja en la vejez nunca será suficientemente destacada. Existen diferencias entre el hombre y la mujer. El anciano sin pareja mantiene más o menos las mismas pautas de interés y actividad sexual que el casado. Sin embargo, la mujer viuda o soltera posee una insignificante actividad sexual frente a la anciana casada de igual edad. La inactividad sexual de la mujer se debe, según este autor a la falta de compañero y a la formación moral característica de su generación. La sexualidad del anciano con pareja es diferente a la de aquel que no la tiene. Es más difícil conseguir una pareja circunstancial para el adulto mayor que para un joven, y es aún mucho más difícil para la mujer mayor.

Para Iacub (2001) la pérdida del cónyuge marca uno de los momentos más dolorosos dentro del envejecimiento, ya que con la pérdida de la pareja se producen una serie de fracturas en el orden que se había llevado hasta entonces. La falta de la pareja es la falta de alguien con quien compartir, significa la pérdida de una satisfacción sexual, un incremento brutal de la soledad y un cambio en las relaciones familiares. Será necesario poder elaborar el duelo por aquel amado y por el lugar que ocupamos para ese otro, de lo contrario no habrá lugar vacante para alojar a un otro. Volver a amar significa encontrar nuevamente a esa persona única, aunque haya habido otra, que nos posibilite una compañía, nos quiera, nos cuide, nos desee sexualmente y nos permita mantener la autonomía.

"La dificultad para conseguir una pareja adecuada para la necesaria excitación sexual, y la falta de ejercitación coital, influyen más en la pérdida de rendimiento sexual que la propia vejez". (Salvarezza, 1998)

6.4) La importancia de la intimidad

Salvarezza (1998) toma un término de Weg (1996) que es el de "intimidad". Esta implica los lazos afectivos compuestos por el cuidado mutuo, la confianza en el otro, la responsabilidad y la comunicación abierta. Una necesidad básica en el ser humano es la del afecto, sentirse querido, cuidado por otro, querer y cuidar al otro. La intimidad es la que permite que cada persona se abra a otra y da espacio a la relación íntima. Esta acrecienta la autoestima, la seguridad. Las relaciones íntimas dentro y fuera del matrimonio sirven de protección y soporte contra los sentimientos de soledad.

Seidmann y Muchnik, (1998) describen que la intimidad no es un sentimiento sino una cualidad de la relación que brinda un espacio de confianza. Es un modelo de relación que se caracteriza por la intensidad de los sentimientos que provoca y las consecuencias que se observan en las conductas. Toman la concepción de Rogers donde se describe a la intimidad como una experiencia donde se juega una auténtica expresión emocional, aceptación de los sentimientos del otro, sentimientos de apoyo, amor, celos, rechazos, sexo, seguridad.

Favorece la apertura emocional, el cuidado y la confianza. La intimidad responde a la necesidad de afecto, de comprensión y autovalidación. La persona desea compartir sentimientos, sentir atracción sexual.

Para la Dra. Herrera (2005) 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 prohíben expresamente. 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 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 ellos. 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. 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.

McCary (1996) afirma que la intimidad no es solo el estar juntos. Se puede estar con otra persona en el sentido de cercanía corporal pero vivir muy alejado emocional y mentalmente. El cuerpo, la mente y las emociones están implicadas de un modo crucial en la intimidad. Entre dos personas que están unidas por una relación íntima existe un vínculo emocional muy especial que supone un lazo afectivo que implica confianza, preocupación mutua, responsabilidad y comunicación. Cada parte de la pareja confía, comprende y se otorga en igual medida a la otra, se comparten mayores profundidades de sentimientos. En una relación íntima se está seguro de la aceptación mutua, lo que reafirma la autoestima, flexibiliza y fortalece el yo.

6.5) Actividad sexual alternativa al coito

Emilio Rodríguez (2006) en su último libro expresa:

“Hay que deconstruir el burocrático orden jerárquico de las zonas erógenas. El pene a desconstruir es machista, arrogante, apurado, poco poético. En realidad no es casual que descubrí la sexualidad a los 80 años, antes uno solo se aproxima. Cuando pensaba que estaba saliendo, resultó que iba entrando, juro que no lo pensaba. Por eso mi viaje octogenario entra en el orden de una noticia a pregonar: ¡Oídme viejos, síganme!”

Según Souza dos Santos (2005) “Las fantasías eróticas, el juego de seducción, no son prerrogativa de los jóvenes en función de sus atributos físicos, de su vitalidad. En la vejez el cambio físico es acompañado por un cambio estético, hay un cambio en la forma de expresión, de elección del objeto amoroso, lo que no implica pérdida del interés o de la capacidad de seducción. Las expresiones de afecto, las fantasías, el deseo de ser seducido y seducir, están presentes en la vida de los viejos, como en cualquier otra etapa de la vida, aunque no siempre se presente de la misma forma”.

Salvarezza (1998) propone enfocar a la sexualidad en la vejez desde otra perspectiva. Abandonar “el modelo de sexualidad basado en el joven, donde se iguala sexualidad con coitividad, y tomar un modelo más abarcativo, permisivo y real”. En este nuevo modelo la búsqueda de placer sexual se encara a partir de posibilidades y manifestaciones mayores, a través de los abrazos, los besos, el sexo oral, la masturbación etc.

Para él la actividad sexual siempre ha sido medida a partir de la frecuencia del coito, lo que deja al viejo sin cabida. Propone pensar que la obtención de placer, más allá de cualquier acto particular es el mejor índice de actividad sexual. Definir esta búsqueda de placer como toda forma de actividad que haga sentirse bien. Erección, coito y orgasmo son hechos deseables, pero no por ello los únicos. Poder empezar a pensar que el placer sexual no es necesariamente sinónimo de coitividad. El contacto táctil u oral como otras formas de estimulación pueden ser válidas para satisfacer a la pareja o a uno mismo. A partir de los cambios fisiológicos que ocurren con la función sexual en la vejez, estos modifican la respuesta sexual humana. Pero no por ello, estos cambios implican que la función sexual sea afectada negativamente.

Muchos hombres mayores se apartan del placer sexual por temor a no alcanzar la erección o por problemas con ella. Es posible pensar que si se adoptara el principio de búsqueda de placer como definición del funcionamiento sexual en la vejez, tendríamos un margen más alto de opciones para la gratificación sexual.

Salvarezza (1998) expresa que si el promedio de actividad sexual para los 30 años es de tres contactos sexuales semanales y es lo que permite un estado satisfactorio adecuado para la salud mental de un individuo, es obvio que a los 65/70 años no será posible mantener este ritmo. Pero la satisfacción de sentirse activo, querido, necesitado que provee el goce sexual compartido será la misma si la relación se produce cada 15 o 20 días. La angustia y la insatisfacción sobrevienen cuando la persona queda inmersa en una situación competitiva con el recuerdo de sí mismo cuando joven.

En las últimas décadas, la actividad sexual ha sido reconocida como importante para la salud del ser humano, para su equilibrio emocional y sus relaciones personales. “La Organización Mundial de la Salud

(OMS) legítimo el placer sexual como un derecho humano básico para todos” (Andrés Flores Colombino 1998)

McCary (1996) describe que entre los seres humanos una relación sexual significativa se extiende más allá del coito físico, incluyendo componentes emocionales e intelectuales. En una relación sexual, el acercamiento emocional entre una pareja elimina el hecho de que el sexo sea una simple acto de cópula, y lo eleva a un plano donde pueden reunirse muchas necesidades, además de las sexuales.

Para Souza Dos Santos (2005) la sexualidad se forja en los procesos de identificación con los objetos amorosos, en las primeras experiencias de vida. Son estas experiencias las que nos permitirán a cada uno, en nuestra singularidad, construir formas preferibles de satisfacción en relación con estos objetos. Se puede describir como sexual toda conducta que, partiendo de una región erógena del cuerpo, boca, ano, ojos, piel, voz, y apoyándose en una fantasía proporciona algún tipo de placer. La capacidad de amar no tiene límite cronológico. El límite no está en lo real del cuerpo o en la capacidad de soñar, de vivir la vida. El límite está en lo psicológico, en el prejuicio y en la intolerancia social. El viejo no deja de amar, reinventa formas amorosas.

Acuña Cañas (2005) refiere que el comportamiento sexual en la vejez dependerá de muchos factores: salud en general, las modificaciones orgánicas y fisiológicas naturales dentro del proceso de envejecimiento, disponibilidad de un compañero sano, 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. La adaptación sexual es mejor cuando hay entendimiento y aceptación de uno mismo, del cuerpo de uno y de los sentimientos sensuales y sexuales. No podemos limitarnos al coito como única muestra de la actividad sexual humana. Los variables son muchas e incluyen expresiones que van más allá de lo fisiológico para incursionar en lo social. El comportamiento sexual matrimonial o extra matrimonial, con el mismo sexo o con el sexo opuesto, distintos tipos de autosatisfacción, interés en objetos sexuales, imágenes o películas pornográficas, coqueteos, diversos tipos de cariño, caricias, besos, contactos corporales, masturbación, coito con penetración o sin ella, son diferentes alternativas de esta actividad. El comportamiento sexual varía con cada tipo de cultura y de una generación a otra.

La Dra. Ferrero (1998) puntualiza que la sexualidad adulta, lejos de ser un proceso natural, se constituye en los primeros vínculos infantiles. Para ella al hablar de sexualidad estamos también hablando de genitalidad, aunque esta no la subsume. La sexualidad designa tanto las actividades y el placer que dependen del funcionamiento del aparato genital, como también toda una serie de actividades que existen desde la infancia y que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad, y que encuentran en el goce y en el erotismo su expresión.

Freud en 1905 expresaba “que ciertas relaciones intermedias con el objeto sexual (en el camino al coito) tales como palparlo, contemplarlo, se reconocen como blancos sexuales preliminares. Estas actividades por un lado, traen placer en sí mismas y por otro intensifican, con la excitación que debe perdurar hasta que se alcance el blanco sexual definitivo”.

“Pensamos otro enfoque para la vida del viejo partiendo no de sus pérdidas sino de las posibilidades creativas dadas por lo vivido, sufrido, y acumulado en las experiencias emocionales amorosas y, justamente por eso, reengendrando la vida en sus formas infinitas de posibilidades”. (Souza Dos Santos, 2005).

Para McCary (1996) la necesidad psicológica del contacto físico, el tocarse, abrazarse, palparse, y la respuesta tierna durante el encuentro amoroso puede llegar a ser más intensa que la propia necesidad sexual. El contacto físico suele ser un factor importante para eliminar la tensión, la depresión y la angustia. Todos los seres humanos respondemos en forma emocionalmente sana cuando hemos tenido la oportunidad de tocar o acariciar, de ser tocados o acariciados. El encuentro sexual es un aspecto importante, aunque no excluyente en la relación de pareja. El coito no puede igualarse con la intimidad total, aunque se crea que es la única intimidad reconocible.

La dependencia de la copulación en algunos individuos para expresar los sentimientos sobrecarga al sexo con la tarea de sostener la relación emocional. El buen sexo significa más que el número de orgasmos y la calidad de los mismos.

Las parejas con mayor capacidad de comunicación, con demostraciones de afecto más intensas, son las más duraderas en el tiempo. En toda pareja, tenga la edad que se tenga, la interacción sexual debe ser una expresión de toda la personalidad de cada uno de los miembros. Además del coito, el apetito sexual puede hallar expresión en la necesidad de intimidad, amor y armonía, en el interés erótico, en el romance. La estimulación sexual mediante caricias, masajes, y ejercicios de sensibilización de los sentidos puede tan placentera como la posibilidad de llevar adelante el coito.

Iacub (2006) hace referencia a que existe una dimensión del erotismo asociado a la fantasía que revela la medida de un goce privado. Toma los trabajos de Starr, Weiner y Bakur (1981) que sugieren que la educación acerca de los cambios que se producen en la sexualidad durante el envejecimiento constituye

un factor importante para el logro del goce erótico. Permite la aceptación de la variabilidad y el alcance de la expresión sexual. Las personas mayores pueden expresar su sexualidad en términos no definibles desde el punto de vista cuantitativo, pero sí desde el punto de vista cualitativo, recayendo el peso no en la cantidad, sino en la calidad y significado de las relaciones. Este autor también habla de la posibilidad de construir un nuevo lenguaje acerca del sexo en la vejez. Este estaría ligado a las experiencias, a lo aprendido, a la capacidad para reconocer y compartir sentimientos.

6.6) Desahogos sexuales diferentes al coito

Para Salvarezza, (1998) cada momento de la vida tiene sus propias posibilidades funcionales. Uno no aprende igual a los diez años que a los cuarenta, pero no por eso deja de aprender. Lo mismo ocurre con el sexo.

Si la frecuencia promedio para las relaciones sexuales a los treinta años es de tres veces por semana, y disminuye a uno a los sesenta años, esto no está relacionado con el placer. El placer se relaciona con el ejercicio de la función y no con la cantidad. Dentro de las fases descritas por Master y Johnson (1966), en la respuesta sexual humana tenemos la fase del orgasmo, la cual se describe como la liberación de la tensión generada por la vasocongestión y la miotonía. El orgasmo puede ser definido como la capacidad de entregarse completamente a las contracciones involuntarias del organismo y la completa descarga de la excitación sexual y también considerándose como la culminación del acto sexual.

Sanz (1999) describe que el comienzo del orgasmo es pélvico y se concentra en modo específico en el clítoris, vagina y útero en la mujer, y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre. Subjetivamente se experimenta una respuesta de todo el organismo a la tensión sexual.

La intensidad del placer en el orgasmo depende de la cantidad de tensión sexual concentrada. El placer es tanto más intenso cuanto mayor sea la caída de la excitación. Los hombres suelen relacionar al orgasmo con la posibilidad de eyaculación, sin embargo, si bien suelen ir acompañados, ambos procesos son independientes. En la mujer se vivencia como una descarga generalizada

En condiciones normales de excitación y de placer, el orgasmo tiene lugar como un acontecimiento espontáneo cuando la persona permite dejarse llevar por las sensaciones, por lo que se desea expresar.

El orgasmo además de ser una respuesta fisiológica, es una vivencia subjetiva de placer intenso y diferenciado.

Para esta autora podemos distinguir entre dos tipos de placer:

- El placer físico o fisiológico, originado por el contacto o fricción de determinadas partes del cuerpo, como los genitales.
- El placer erótico, que se puede experimentar a través de los sentidos, de las representaciones mentales, del contacto físico más allá de la mera fricción corporal o incluso que puede darse sin contacto.

Ambos pueden darse unidos o no.

No existen zonas o puntos que necesariamente o mecánicamente desencadenen la excitación y el deseo sexual. Si bien hay zonas de mayor o menor extensión que están muy conectadas a la genitalidad y favorecen ese tipo de excitación, todo el cuerpo es una gran superficie erótica, los recovecos que comunican nuestro interior con nuestro exterior, vagina, ano, boca, pabellón auditivo, ombligo. Cada persona tiene su particular mapa erótico que puede ser susceptible de ampliación y variabilidad.

Con los diferentes tipos de excitación se pueden vivir distintas experiencias orgásmicas.

El orgasmo también es una experiencia intensamente emocional. Depende en que condiciones se encuentra la persona, cual es su disponibilidad, como se produce la comunicación con el otro. Hay multitud de variantes que entran en juego: el estado de ánimo, la tensión genital que se tenga, la relajación, las fantasías, el dejarse llevar o no por las sensaciones, la intimidad, la confianza en el otro, el autoerotismo e incluso el propio estado físico.

El objetivo coital que tienen frecuentemente las relaciones sexuales adultas, suele desplazar toda la riqueza que supone el juego de las miradas, los tonos de voz, la sonrisa, el redescubrimiento del otro, la aproximación o la distancia del otro, las fantasías eróticas, los gestos, el tacto, las palabras. Todos componentes de un lenguaje erótico que hace uso de todos los sentidos.

El goce sexual está mediatizado por los sentidos, los que guardan relación con las sensaciones y emociones, con la comunicación con uno mismo y con el otro, con el placer y el juego sexual.

McCary (1996) afirma que el coito no es la única clase de desahogo sexual disponible para las personas en la vejez. La manipulación preliminar, las caricias, las técnicas para enfocar la atención en las sensaciones pueden producir una experiencia de intimidad y estimulación sexual muy satisfactorias sin necesidad de llegar al coito. Dentro del juego sexual podemos desarrollar diferentes tipos de estimulación:

- Las caricias sensuales que pueden o no incluir a los genitales.

Estas caricias suelen sensualizar, sensibilizar el cuerpo, buscan que el placer se extienda por todo el cuerpo.

Hay una búsqueda de sensaciones y emociones que pueden producir en ocasiones la vivencia de un intenso estado de placer generalizado donde la persona siente placer más allá de la descarga fisiológica.

- La masturbación individual o compartida con la pareja.

Belloch et al (1995) mencionan que uno de los medios mas comunes para alcanzar el orgasmo, exceptuando el coito es la estimulación manual u oral de los genitales. Aparte de la región genital, las zonas erógenas incluyen pechos, muslos, labios, nalgas, orejas, axilas u otras áreas que dependerán de cada individuo concreto

Para Salvarezza (1998) en la visión puritana de la sociedad del siglo XIX y principios del siglo XX se consideraba a la masturbación como la causante de una gama de enfermedades mentales e insania. Así como que producía un desgaste o erosión de la capacidad sexual en el hombre. En la mujer directamente era considerada una aberración o desviación. Hoy muchos expertos concuerdan que la masturbación en la vejez es una actividad saludable que reduce los sentimientos de frustración y soledad en tanto provee a las necesidades físicas de estimulación y alivio. Ya sea en personas solas o en la pareja.

La eliminación de la presión de actuar de determinada manera y de obtener determinados resultados ayuda a que aumente el disfrute en el juego sexual, revitalizando la capacidad sexual y promoviendo un mayor entendiendo, acercamiento y aceptación en la pareja.

Flores Colombino (1998) concluye que junto a una mayor formación académica de los profesionales de la salud y de la sociedad en general, y una mejor información y con la realización de programas de educación sexual para los ancianos, se lograría una mayor sensibilización hacia los aspectos olvidados de los mayores, dentro de los que se incluyen los relacionados a la sexualidad contribuyendo así a una mayor satisfacción y bienestar para muchos ancianos.

Conclusión

No es fácil conceptualizar a la vejez, si bien siempre existieron personas mayores, es en la actualidad cuando la visión sobre esta etapa de la vida cambia debido al aumento de la longevidad humana y al nuevo rol de los viejos en la sociedad.

Históricamente, esta etapa de la vida fue definida a partir de sus limitaciones, déficits, impedimentos y por su cercanía con la muerte.

Así como la muerte es el destino común de todos los seres vivos, la vejez fue en el pasado el destino de unos pocos privilegiados. Aquellos capaces de sobreponerse a las enfermedades y las contingencias del medio eran los que llegaban a la vejez.

A finales del siglo XX comienza un fenómeno que podemos considerar revolucionario: “el aumento de la longevidad humana”. Hoy más que nunca en la historia de la humanidad, todos tenemos la posibilidad de llegar a viejos. Esto esta provocando un cambio en la estructura de la sociedad y una modificación en nuestra perspectiva frente a la vida. Las mejoras en la salud, la alimentación, la sanidad, la educación, la disminución de las muertes por causas evitables han producido un aumento de la esperanza de vida. La sociedad se ha vuelto longeva. Este éxito de la sociedad como conjunto nos obliga a hacer frente al tema de la vejez desde otras perspectivas.

Si bien hoy todos tenemos la posibilidad de llega a viejos, no todos envejecemos de la misma manera. Hay factores que inciden sobre la llegada mas temprana o mas tardía de la vejez, como por ejemplo la aparición de enfermedades orgánicas, el tratamiento de las mismas, el reconocimiento familiar y social, las distintas preocupaciones que implica la vida moderna, la historia personal, las experiencias, los valores, las metas, las fantasías y las representaciones que cada uno tenga sobre lo que implica ser viejo.

“La vejez hoy es diferente a la de ayer” nos dice Muchinik (2006). Debemos desarticular la imagen de la vejez asociada a la decrepitud y la decadencia que se ha ido instalando en nosotros a lo largo de la historia y pensar en una nueva manera de definirla. La vejez no hay que pensarla exclusivamente en término de años sino también en término de actitudes hacia la vida.

En la actualidad las personas mayores todavía deben hacer frente a distintos prejuicios (juicios previos, hechos sin conocimiento) que tiene la sociedad hacia ellos.

Los más comunes son:

- La desvalorización del individuo solo por el hecho de tener una edad avanzada. Este prejuicio, (denominado “viejismo” por Salvarezza) nos atañe a todos ya que todos somos víctimas potenciales. Los que discriminan a los mayores hoy, serán los discriminados de mañana. Otras veces, frente a una queja puntual, el consabido: “... y a su edad...” como si la edad fuera la justificación de todos los problemas.

- La equiparación de los mayores con los niños, devaluando sus facultades y su inteligencia, independientemente que sufran o no algún deterioro intelectual.
- La concepción de vejez como sinónimo de enfermedad y discapacidad, tanto física, como mental. Hay que diferenciar enfermedad de enfermo. La enfermedad hay que tratarla. Si bien es más factible que enferme una persona mayor debido a una mayor fragilidad, normal para esta etapa de la vida, la enfermedad no es propia de los viejos. No todos los viejos son enfermos. La vejez no debe ser pensada como enfermedad, sino como una etapa de cambios graduales. Así como hay enfermedades propias de la infancia y no por ello pensamos que la infancia sea una enfermedad, tampoco lo es la vejez.
- La concepción que sostiene que la incompetencia sexual es un componente natural del proceso de envejecimiento. El estigma antierótico que recae sobre los mayores es el resultado de una representación estereotipada de la vejez. El amor, el deseo, la pasión son exclusivos de la juventud y quedan negados para los mayores. El anciano es un ser sexuado, con deseos, pensamientos y comportamientos relacionados al sexo donde encontramos tanto influencias biológicas e intelectuales.

A partir de la segunda mitad del siglo XX comienza el interés por determinar los mecanismos físicos y fisiológicos que dan como resultado al acto sexual. Partiendo de los trabajos de Kinsey en los años '40, de Master y Johnson en los '60 y las investigaciones de Helen Kaplan en los '70 empieza a comprenderse la dinámica de la conducta sexual humana, como son las diferentes fases que se suceden y que correlatos orgánicos y psicológicos presentan cada una de ellas, desembocando en el orgasmo. Se comprendió que la función sexual está influenciada por múltiples factores: biológicos, psicológicos y socioculturales, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla, como por ejemplo el contexto sociocultural, la religión, el momento histórico, la personalidad previa, la carga biológica, etc. La conducta sexual es fruto de la interacción de todos esos factores.

A lo largo de los años, los seres humanos vamos sufriendo cambios anatómicos, fisiológicos, funcionales, hormonales, psicológicos, sociales, que influyen en todas nuestras actividades y que determinan características que son propias para cada etapa de la vida, no siendo la función sexual una excepción. Con la edad comienzan a aparecer distintas modificaciones en la respuesta sexual tanto femenina como masculina, produciéndose cambios en las diferentes fases del ciclo sexual.

En la vejez los cambios más frecuentes son, por ejemplo, dentro de los cambios anatómicos, el menor ascenso testicular con la erección, la menor longitud vaginal. En los funcionales, una erección más lenta e incompleta, una menor lubricación vaginal. En los fisiológicos el aumento del tiempo para lograr la erección, el aumento del tiempo para lograr la lubricación. Dentro de los cambios hormonales se observa una necesidad de mayor estimulación penénea y una menor intensidad en todas las fases del ciclo.

Como factores psicosociales podemos nombrar el retiro laboral que suele venir acompañado de un descenso de la capacidad económica, el deterioro de la imagen de sí mismo y de la autoestima dado por la pérdida de la función laboral, y donde suele aparecer una mayor preocupación por el desempeño en las diferentes áreas, inclusive en la sexual.

La monotonía dentro de la pareja también suele ser un factor que modifica la vida sexual, por ejemplo cuando la actividad sexual se convierte en mecánica, carente de imaginación o creatividad y la pareja deja de ser atractiva sexualmente.

A pesar de todos estos cambios, Master y Johnson observaron en sus estudios que la actividad sexual sigue existiendo en los ancianos, siendo esto la norma y no la excepción. Para estos autores si bien el envejecimiento enlentece la respuesta sexual, no termina con ella.

En la sexualidad del viejo influyen distintos factores, como la salud, el interés por lo sexual, la existencia de un compañero/a, el estado emocional y afectivo, la vida sexual previa. Lo que interfiere la vida sexual del viejo está más allá de las limitaciones orgánicas, teniendo mucha importancia también lo psicológico, lo social y lo cultural.

Las causas que afectan con mayor frecuencia a la función sexual en la vejez son las patologías cardiovasculares, las pulmonares, las enfermedades neurológicas, urológicas, los trastornos endocrinos, osteoarticulares, la hipertensión, las patologías psiquiátricas, cirugías, la influencia medicamentosa (prescrita y no prescrita) ya que pueden provocar efectos colaterales, el exceso de comida y bebida que pueden producir una baja del deseo, impotencia y anorgasmia.

Un aspecto importante a tener en cuenta en esta etapa, es la pérdida de la pareja, tan común en la vejez, que puede llevar al cese de la actividad sexual que podría haber continuado si esto no hubiera ocurrido. Cuando se dificulta el encuentro de un compañero, esta situación puede afectar más la sexualidad que la propia vejez.

Otro factor que afecta la sexualidad del anciano es la pérdida de la intimidad con su pareja para mantener relaciones sexuales. Por ejemplo en los casos donde los ancianos deben ir a vivir con sus hijos, o cuando se los institucionalizan en centros geriátricos, ya que muchas veces los hijos y los cuidadores

no comprenden las necesidades de la persona mayor lo que la limita para manifestar sus sentimientos y emociones

En la vejez existe un cambio físico, un cambio estético, un cambio en la forma expresión que no implica necesariamente la pérdida de la capacidad de seducción, del interés o de la capacidad de establecer una relación sexual. La función sexual no desaparece con la edad sino que se modifica.

No hay ninguna constancia fuera del prejuicio, que en la vejez se pierda la capacidad de amar o de tener una vida sexual activa. Lo sexual existe más allá de los aspectos biológicos.

Sí podemos pensar que, a partir de los cambios fisiológicos que vamos sufriendo con la edad, la función sexual puede conservarse, continuarse y adaptarse a partir de la búsqueda de nuevos medios para satisfacer el deseo sexual.

Al abordar el tema de la función sexual en la vejez debemos tener cuidado de no caer en posturas absolutistas ni en generalizaciones. Coincidiendo con Flores Colombino (1998) la vejez no implica ni la castidad absoluta ni el erotismo extremo. Hay personas mayores que solo necesitan cariño, un interés sano y puramente intelectual sobre la sexualidad y que no tienen interés en encarar una vida sexual activa en esta etapa de la vida. Siendo esta postura completamente respetable, no debemos caer en el error de intentar forzarlos a algo para lo que no están dispuestos.

Pero tampoco podemos condenar a que los que sí lo están, a que no lleven adelante su sexualidad en forma satisfactoria. Una sexualidad activa sólo tiene consecuencias positivas, pues así el adulto mayor se sentirá apreciado, comprendido por su pareja, todavía querido y deseado, se sentirá libre y capaz de expresar afecto así como de recibirlo, conlleva un fortalecimiento del vínculo de la pareja, de la autoestima de cada uno, y en general, produce un sentimiento de vitalidad indescriptible.

Hoy tenemos la posibilidad de vivir más tiempo, lo que nos permite que la vejez pueda ser vivenciada como una segunda etapa de la vida, una segunda oportunidad. Tomando las palabras de Iacub (2006) es necesario poder salir de criterios estereotipados que atan a las personas mayores a considerarse sujetos que ya no cambian, donde sus vidas están signadas por la repetición de viejos esquemas. Las personas mayores tienen capacidad de cambio personal, y pueden también seguir disfrutando de su sexualidad.

Hay vida en la vejez como en cualquier otro período de la existencia. Como una persona haya vivido su historia personal determinará como envejece.

Hay un profundo desconocimiento referido a la actividad sexual en la vejez. Tanto de los propios individuos referidos a sus potencialidades reales, como de la sociedad que aun no ha podido abandonar el prejuicio hacia ellos.

Lentamente y en forma quizás muy tímida podemos comenzar a entrever una nueva actitud hacia la vejez. Las personas de edad son capaces de hacer hoy cosas que antes eran impensadas. Aparecen lugares de encuentro, se organizan viajes, se arman grupos de estudios, lo que permite nuevos proyectos y mayores posibilidades de encuentro con el otro. Estos micromundos comunitarios favorecen la socialización y facilitan el encuentro, dando posibilidades al erotismo y al deseo.

La propuesta de este trabajo se dirige a poder pensar la sexualidad en la vejez desde otra perspectiva. Respetando, como primera consigna el deseo de la persona mayor, poder brindar una alternativa más abarcativa que permita encarar la búsqueda del placer sexual a partir de posibilidades reales y a través de diferentes manifestaciones contribuyendo así a una mayor satisfacción y bienestar. No focalizando exclusivamente los aspectos negativos de la vejez, sino centrándonos más en los aspectos positivos, en los logros, las posibilidades, los deseos, permitiendo al viejo redefinir su vida, sus objetivos, sus vocaciones y oportunidades.

Redimensionar la sexualidad en la vejez hacia una revaloración de la función erótica y placentera, mediante una educación sexual, tanto del anciano como de la sociedad. Transmitir información tanto a la persona mayor como a su entorno familiar que permita un mayor conocimiento de la dinámica sexual, evitando confusiones o ideas erróneas.

La sexualidad en la vejez puede optar por caminos alternativos, sin tener que quedar ligada exclusivamente al goce genital y sin por ello suponer un goce perverso. Hay formas de amor que pasan por la ternura, la erotización de todo el cuerpo, la mirada, la voz, etc.

Se pueden adoptar otras formas de expresión del afecto y del amor.

Debería poder pensarse la vejez en términos de prevención:

- **Primaria:** Antes de llegar a la vejez hay que prepararse para la misma, buscando intereses para mantenerse activo una vez que se llega al retiro laboral o procreacional, cuidando la salud antes que surjan los primeros síntomas.

Hay que anticiparse a la vejez

- **Secundaria:** Una vez que ya llegó la vejez es necesario adaptarse al proceso dinámico del envejecimiento, ya sea en términos personales, cuidando la salud física como mental, y familiares, pudiendo

adaptarse al nuevo rol dentro de la familia

- Terciaria: Frente a los problemas físicos, (por ej. impotencia, diabetes, hipertensión, etc) o psicológicos (por ej. depresión), sociales (por ej. dificultades habitacionales, económicos, etc.) es necesario enfrentarse a los mismos y cuidar tanto vejez como salud para minimizar el impacto

Si podemos crear un modelo de sexualidad, como propone Salvarezza (1998), más abarcativo y real, abandonando la coitidad como medida patrón de la actividad sexual, nos permitirá un mejor acercamiento a la sexualidad en esta etapa de la vida. Partir de las posibilidades que nos brinda la experiencia, el camino recorrido, el conocimiento y no de las pérdidas se nos abren nuevos caminos creativos generando infinitud de posibilidades.

El ser humano nunca pierde la capacidad de soñar y de desear y sobre todo nunca se pierde el deseo de vivir, no importa la edad que se tenga.

Bibliografía:

- Acuña Cañas, A. Sexualidad y tercera edad, Rev.Ecuatoriana Sexualidad hoy [on line] 2005. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.hoy.com.ec/libro6/edad18htm>. Leído el 1 de junio 2006
- Alvarez, M. P. (1998), El concepto de vejez, en Ferrero G.A. (compiladora). Envejecimiento y vejez, nuevos aportes. Practicas interdisciplinarias. Editorial Atuel, Buenos Aires.
- AMA, Asociación Médica Argentina [on line] 2006 Publicaciones- Revista 3. 24 de abril de 2006. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.ana-med.org.ar/publicaciones_revista3.asp?id=256 Leído el 26 de abril 2006
- Barca, R.E. (2005) Prologo en Souza dos Santos, S. Sexualidad y amor en la vejez: un abordaje de análisis de discurso. Proa XXI Editores. Buenos Aires.
- Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología. Volumen I. McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid.
- Carrión, C. Ferrero, G.A. (1998) Cuerpo y temporalidad en el envejecimiento, en Ferrero G.A. (compiladora). Envejecimiento y vejez, nuevos aportes. Practicas interdisciplinarias. Editorial Atuel, Buenos Aires.
- DSM-IV-TR. (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. Masson S.A, Barcelona
- Ferrero, G.A. (1998) La sexualidad en el envejecimiento, en Ferrero G.A. (compiladora). Envejecimiento y vejez, nuevos aportes. Practicas interdisciplinarias. Editorial Atuel, Buenos Aires.
- Flores Colombino, A. (1998).La sexualidad en el adulto mayor. Lumen Humanitas, Buenos Aires.
- Flores Colombino, A. (1998) Conducta sexual en la patología demencial, en Salvarezza, L (compilador) La vejez: una mirada gerontológica actual, 2° reimpresión. Paidos Buenos Aires.
- Franco, J.A. (1995) Sexualidad humana, normal y patológica. CTM Servicios Bibliográficos, Buenos Aires.
- Freud, S. (1992) Obras completas, Tres ensayos de Teoria sexual (1905). Vol.VII. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Herrera, Adela. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?.Rev. chilena de obstetricia. ginecológica [online]. 2003, vol.68, no.2 p.150-162. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717- Leído el 24 abril 2006.
- Himítian, E.(2006) Cuando la vida vuelve a empezar: cuantos son, donde están, y que hacen. Artículo Diario La Nación. p.29. publicado Domingo 29 de abril 2006.
- Iacub, R. (2001). Proyectar la vida, el desafío de los mayores. Manantial. Buenos Aires.
- Iacub, R. (2006). Erótica y vejez: perspectivas de occidente. Paidos. Buenos Aires.
- Kaplan,H. (1978). La nueva terapia sexual: Tomo I Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Alianza, Buenos Aires.
- Kaplan, H. Sadock, B.J.(1998) Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta psiquiátrica Clínica. 8° edición Editorial medica Panamericana, Madrid.
- McCary, J. McCary,S.[et al] (1996) Sexualidad humana de McCary, 5°edicion. Editorial El manual moderno, México.
- Mannoni,M. (1991) Lo nombrado y lo innombrable, la ultima palabra de la vida, Nueva Visión, Buenos Aires.

- Muchnik, E. Seidmann, S. (1998) Aislamiento y soledad. Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Muchnik, E. (2006) Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectiva de la vejez. Lugar Editorial, Buenos Aires
- Mullingan, T. M.D, Vejez y Sexualidad. Rev Colombia Medica [on line] 2004, vol 29. Disponible en la World Wide Web: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol29n04/sexualidad.html>>. Leído el 5 de junio 2006
- Rios, S.(2006). Crece el abuso de alcohol y de psicofármacos en la tercera edad. Artículo Diario La Nación. p.20. publicado Sábado 15 de julio 2006.
- Rodríguez, E. (2006) La respuesta de Heráclito, carta del psicoanalista del 2100. Topía Editorial, Buenos Aires
- Salvarezza, L. (1998). Psicogeriatría: teoría y clínica. 1° reimpresión. Paidós, Buenos Aires.
- Salvarezza, L. (2005) El viejo y su viejo cuerpo. en Salvarezza, L. (2005) (compilador) La vejez: una mirada gerontológica actual. 2reimpresión, Paidós, Buenos Aires
- Sanz, F. (1999) Psicoerotismo femenino y masculino, para unas relaciones placenteras, autónomas y justas. Editorial Kairos, Madrid.
- Souza dos Santos, S.(2005). Sexualidad y amor en la vejez: un abordaje de análisis de discurso. Proa XXI Editores. Buenos Aires.
- Sopena R., (1970) Diccionario enciclopédico Ilustrado de la lengua española, Editorial Ramon Sopena, S.A. Barcelona.
- Vallejo Ruiloba, J. (2003) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5° edición. Masson, S.A. Barcelona

Anexos

ARTÍCULO DIARIO LA NACIÓN, Domingo 2 de abril de 2006/ página 29

INFORMACION GENERAL

Quando la vida vuelve a empezar: cuántos son, dónde están y qué hacen

Villa del Parque, el barrio con mas abuelos en la ciudad. Uno de cada cinco vecinos es jubilado.

Por Evangelina Himittian

De la Redacción de La Nación.

“.....La tercera edad representa el diez por ciento de la población argentina. Y en la ciudad de Buenos Aires, el 17%. En Villa del Parque, Devoto, Agronomía, Villa Urquiza y Saavedra, los adultos mayores son casi el 20% de los habitantes, de acuerdo con un trabajo del Departamento de Investigación de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, elaborado sobre la base del último censo.

Se trata de un parámetro que supera incluso los índices del primer mundo: en la Comunidad Europea, el 16% de las personas son mayores de 65 años”.

“.....Más allá de cómo se la definan los índices económicos, Casilda, no se considera una persona pasiva. No cree que el fin de su etapa laboral la haya convertido en una persona que se sienta en una mecedora a ver pasar los años. Tiene una agenda tan activa o más activa que antes”.....” Ocorre que la tercera edad porteña siente que goza de buena salud, según una encuesta que realizó la consultora Market Research and Consulting Group, entre 600 jubilados. El 75% definió que su estado de salud como bueno o muy bueno y el 82,5% dijo que nunca necesita ayuda para caminar. Las enfermedades más temidas: el cáncer (32%) y las alteraciones mentales (20%). La actividad favorita para ellos es hacer turismo, pasear y reunirse con amigos”.....

OPINIÓN

Por Inés Passanante

Para La Nación

“El término “tercer edad” tiene hoy un significado diferente del que tenía en el pasado.

Como país, estamos atravesando un cambio cultural y de valores. Por empezar, debemos dejar en claro que en estos tiempos las personas no tienen un solo ciclo laboral activo, sino dos: el primero, entre los 25 y los 55 años. Se trata de un período muy intenso en cuanto a trabajo. A partir de allí, hay un segundo ciclo vital y laboral, o período de vida activa, que se extiende entre los 55 y los 70 años. La esperanza de vida más alta (especialmente la femenina) hace cada vez más tardía la llegada a la ancianidad en relación con la duración total de la vida”.....

ARTÍCULO DIARIO LA NACIÓN, Sábado 15 de julio de 2006/ página 20

PSICOLOGÍA/SALUD

Según especialistas en adicciones y geriatras

Crece el abuso de alcohol y de psicofármacos en la tercera edad

Detrás de estas conductas se encuentra la falta de contención social y familiar

Por Sebastián A. Ríos

De la Redacción de La Nación

“En el consultorio vemos que alrededor del 70% de los mayores de 60 consumen algún psicofármaco (muy frecuentemente asociado al consumo de alcohol), cuando el porcentaje de pacientes que necesita usar esta medicación en forma eventual no debería superar el 5 o 10%, agrega el Dr. Daniel Patiño, médico psiquiatra y psicólogo, profesor de la cuarta cátedra de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la UBA”.....”Apunta Patiño, la incidencia de ciertas adicciones en personas de la tercera edad es mucho mayor que la de la población general”.....

QUÍ, LA REVISTA DE JENNY, EL ATENEO Y DROMO.

Revista Bimestral de Cultura Urbana Año 1, N° 4 junio/julio 2006

VEJEZ: TIEMPO DE DESEO

*Por Ricardo Iacub**

“Creo que hay gente que puede aprovechar lo vivido en términos de experiencia. Y aun mas, puede integrar los nuevos tiempos apropiándose y sin sentir que su tiempo ha pasado. Me refiero a algo que surge de mis investigaciones. Muchas mujeres mayores me comentaron que empezaron a disfrutar de su sexualidad cuando ya fueron grandes o cuando enviudaron y volvieron a construir una nueva pareja. ¿Por qué?. Hay más de una respuesta. En principio a muchas de ellas le llego la revolución femenina, y también la sexual, de grandes. Las nuevas ideologías que se sucedieron desde los años 60, la gran mayoría las vio pasar de lejos, porque ellas tenían que cumplir con sus obligaciones familiares. Pero una

vez que dichos roles parecieron cumplidos, pudieron cuestionarlos, hacer suya una nueva forma de vida, construir nuevas relaciones –con sus maridos o con otras parejas-, donde el erotismo no sea solamente un goce masculino.

Este cambio lo vemos aun mas cuando comienzan a concurrir a grupos de personas de edad u otros donde vemos gente que florece, se despliega en el plano personal, pudiendo retomar asignaturas pendientes. Pero, obviamente, no todos se animan, pueden o quieren. Entonces, en muchas de estas personas, aparece una vivencia muy particular que se caracteriza por la sensación de que su tiempo ya paso, porque no encuentran cabida en esta época.

Resulta necesario poder salir de criterios estereotipados que atan a las personas mayores a considerarse sujetos que ya no cambian y que su vida aparece signada por la repetición de viejos esquemas, o aun peor, el retiro de los goces que habían disfrutado a lo largo de la vida, como la sexualidad. Las personas mayores tienen tanta capacidad de cambio personal como los mas jóvenes, y en este sentido resulta necesario corregir el sofisma de que los mayores ya no son capaces sexualmente, aunque sí es cierto que existen cambios que deben conocerse para poder seguir disfrutando.

La negación más fuerte del erotismo en esta época reside en la negación de la diversión, la felicidad y los goces en la vejez. No es posible que, a una cierta edad, la persona tome como objetivo principal el cuidado de su cuerpo olvidando que la brújula de la vida es el deseo. La salud, cuanto mejor esté, más podrá acompañarnos. El deseo no solo implica sensualidad, sino todo aquello que nos genere ganas de vivir

*Docente de grado y posgrado de la Cátedra Psicología de la Vejez en la Universidad de Buenos Aires y autor del libro Erótica y vejez, de Paidós.

