

Sexualidad durante el envejecimiento

María del Rosario Nivón Bolán

La experiencia sexual sana comienza con un acercamiento a lo que es la sexualidad y la función sexual. Cuando los componentes de la funcionalidad sexual se integran armónicamente, se está en condiciones de disfrutar de los beneficios que tiene la experiencia sexual sobre la salud y la calidad de vida. Durante el envejecimiento la funcionalidad sexual experimenta modificaciones y es necesario conocer cuáles son estos cambios para facilitar la adaptación a los alcances que tiene la actividad sexual en esta etapa de la vida y para poder diferenciarlos de las posibles alteraciones debidas a algún proceso patológico (enfermedad).

Aún cuando durante la vejez siguen existiendo necesidades y deseos sexuales, es posible que se tengan que hacer algunas adaptaciones a la manera de pensar sobre uno mismo y a las nuevas circunstancias de vida personal o social, que se tenga dudas sobre si es bueno para la salud hacerlo y que se ignoren principios básicos como los riesgos a la salud que implican ciertos comportamientos sexuales. Las dificultades para la expresión sexual en los adultos mayores se incrementan cuando se tienen concepciones limitadas que significan negativamente la sexualidad en esta etapa de la vida.

La sexualidad abarca e impregna cada uno de las dimensiones de la vida: física, mental, sensorial, emocional, relacional, laboral, cultural y espiritual. La expresión de sexualidad y el erotismo favorecen el bienestar, desarrollo y crecimiento de las personas en todas sus dimensiones.

En este capítulo se hará referencia a los aspectos relativos a la sexualidad en general, y en particular a los cambios de la sexualidad en los adultos mayores, con el objetivo de integrarlos a un proyecto de envejecimiento saludable.

Sexualidad y función sexual

Los humanos, como seres vivos sexuados, presentamos dimorfismo sexual (dos sexos), manifestado por dos formas diferentes de características morfológicas, anatómicas y fisiológicas llamadas sexo y que hacen que se sea parte de uno de dos grupos: hombres o mujeres.

A partir de este hecho biológico y por la interacción de factores psicológicos, sociales, culturales, éticos y espirituales, surge la sexualidad humana como la expresión de la naturaleza sexuada (hombre o mujer) de cada persona a través de sus pensamientos, sueños, fantasías, deseos, creencias, valores, actitudes, roles, relaciones y comportamientos. La sexualidad abarca e impregna cada una de las dimensiones de la vida: física, mental, sensorial, emocional, relacional, laboral, cultural y espiritual.

Los órganos sexuales son el elemento morfológico del sexo y su funcionamiento responde tanto a la necesidad de sobrevivir y trascender, como también a la necesidad de contacto, intimidad, expresión de las emociones, placer y afecto. Esta es la dimensión erótica de la función de los órganos sexuales y se expresa particularmente por el comportamiento. La actividad sexual sana depende de la integración y armonización de ciertas habilidades o capacidades que, para su comprensión, se han agrupado en cuatro categorías: corporales, dinámicas o concernientes a procesos del pensamiento, cognoscitivas y relacionales.



Capacidades corporales de la función sexual

La base de la funcionalidad sexual es la capacidad de experimentar la respuesta de excitación sexual que depende de la capacidad sensorial del cuerpo, tanto superficial (de la piel) como profunda (de los tejidos musculares y viscerales), y de los órganos de los sentidos. Los estímulos que desencadenan la respuesta sexual pueden provenir de fuentes externas (sonidos, imágenes, olores, sabores, distintas formas de tocamientos) o de fuentes internas (originadas por procesos mentales como recuerdos, sueños o fantasías).

La respuesta sexual es un proceso que implica a todo el organismo modificando su estado funcional. La primera fase de la respuesta sexual (fase de excitación sexual) comienza cuando un estímulo sexual efectivo provoca la dilatación de los vasos arteriales, lo que tiene como consecuencia el aumento en el aporte de sangre en todo el organismo, particularmente en los órganos sexuales. En la mujer se manifiesta principalmente por un cambio de coloración y aumento de volumen de las estructuras del vestíbulo de la vulva (clítoris y labios), la separación y abombamiento de las paredes de la vagina, la lubricación vaginal y la distensión y elevación del útero. En el hombre se produce la erección del pene, el engrosamiento de la piel del escroto y elevación de los testículos y la lubricación del conducto de la uretra. En otras regiones corporales la dilatación de los vasos sanguíneos se manifiesta por el aumento de volumen de los senos de la mujer y, en ambos sexos, por un enrojecimiento de la piel sobre todo en el pecho, erección de los pezones, aumento de la frecuencia de latido del corazón, de las respiraciones y elevación de la presión arterial.

Cuando la tensión fisiológica que surge por la congestión de sangre en la región pélvica alcanza un nivel de intensidad suficiente, desencadena la segunda fase de la respuesta sexual (fase de vaso-constricción o de orgasmo), se manifiesta por una serie de contracciones rítmicas de los músculos de los órganos sexuales: vagina y útero, en la mujer; próstata, vesículas seminales y conductos deferente y eyaculador, en el hombre; también se contraen los grupos musculares que forman el piso de la pelvis. La intensidad, duración y número de estas contracciones es variable en cada persona. En el hombre las contracciones de la próstata y de las vesículas seminales provocan la expulsión del semen o eyaculación.

Las manifestaciones corporales fuera de la región pelvi-genital, presentes durante la excitación sexual son más intensas y evidentes y puede haber tensión, contracciones y espasmos musculares intensos en los músculos de diferentes regiones corporales.

La compresión de los vasos sanguíneos por las contracciones de esta fase hace que el volumen sanguíneo aumentado disminuya y se regrese a las condiciones fisiológicas previas a la excitación sexual (período de relajación). Durante un período de tiempo variable no será posible provocar una nueva respuesta de excitación, o sólo se desencadenará si se aplica un estímulo sexual de bastante intensidad (período refractario absoluto y relativo).

Algunos autores reconocen una fase previa al inicio de la respuesta sexual a la que llaman fase de deseo sexual. Sin embargo, se ha observado que en ocasiones el deseo sexual surge después del inicio de la respuesta de excitación y es responsable de que se busque continuar la estimulación de manera que la respuesta sexual progrese y concluya.

El placer sexual es una emoción que depende de la capacidad de percepción individual y se le describe como el sentimiento de gozo que acompaña al incremento de la tensión sexual durante la respuesta de excitación. En algunos casos la excitación sexual puede dissociarse del placer sexual. Cuando se desencadenan y liberan ambas tensiones (sexual y emocional) de manera asociada, se experimenta un gozo y placer intenso; a esta experiencia se le conoce como orgasmo.

La respuesta sexual es una actividad refleja que no depende de la voluntad para que se desencadene, sin embargo, dependiendo de la fluidez del movimiento corporal que la acompañe, la tensión que surge durante la excitación sexual puede extenderse a todo el cuerpo, permanecer localizada en la región pelvi-genital o bien, desaparecer sin que alcance un nivel de intensidad suficiente para su liberación u orgasmo.

Capacidades dinámicas de la función sexual

Surgen de la dinámica de nuestros pensamientos, a partir de las habilidades humanas de imaginar y prever acciones; de reflexionar, dar significado y crear símbolos (imágenes abstractas) a partir de objetos concretos y experiencias de vida.

El núcleo fundamental de las capacidades dinámicas es el desarrollo de la conciencia de que se tienen órganos sexuales de hombre o de mujer (identidad sexual) y del sentimiento profundo de que uno pertenece a uno de dos mundos, el de lo femenino o el de lo masculino (identidad de género). Si el sentimiento que se genera al saberse hombre o mujer es positivo, la persona se sentirá bien en su cuerpo sexuado y confiada de mostrarse como tal; se sentirá tranquila y cómoda explorando y percibiendo las manifestaciones corporales internas y externas que producen sus órganos sexuales durante su funcionamiento; experimentará seguridad al expresar y recibir deseo, afecto y/o amor. De estas habilidades depende en primer lugar el que la respuesta sexual pueda ser evaluada como positiva y emocionalmente se le asocie con sentimientos de bienestar, satisfacción y/o placer; y, en segundo lugar, el que se sea capaz de significar positivamente la relación interpersonal y se puedan establecer vínculos afectivo-amistoso-amorosos.

A partir de estos elementos se puede erotizar (dotar de carga emocional positiva) todas y cada una de las sensaciones que produce la experiencia sexual: la erección o la lubricación vaginal, la unión sexual (penetración), la separación, los amantes, etc. El deseo sexual, entendido como el anhelo y la búsqueda del desencadenamiento de la respuesta se desarrolla en función de este proceso de erotización.

La fantasía erótica depende de la capacidad de imaginación y simbolización de la unión del pene y la vagina (coito), enriquece la vida erótica ayudando a construir una experiencia sexual que no se centre en los órganos sexuales pélvicos o genitales, sino en otras regiones corporales, y adquiere un papel relevante en la expresión de la sexualidad cuando por alguna razón los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual se alteran.

A lo largo de la vida, las experiencias de excitación sexual, afectivas y eróticas se van registrando en el pensamiento, creando códigos de atracción sexual que condicionan el desencadenamiento de la respuesta sexual: son escenarios de polaridad romántico-sentimental (que expresan búsqueda de ternura) o sexual (con imágenes sexuales explícitas) y se manifiestan a través del imaginario erótico de cada persona.

Capacidades cognoscitivas de la función sexual

El modo de pensar y los valores que se tienen respecto a la sexualidad condicionan la manera como se percibe y se da significado a la sexualidad y en consecuencia pueden facilitar o limitar la función reproductiva, erótica y relacional de los órganos sexuales. Se considerarán con más amplitud al final de este capítulo.

Capacidades relacionales de la función sexual

Estas capacidades adquieren su importancia cuando se busca entrar en contacto e invitar a la pareja a adherirse al proyecto afectivo-erótico que se anhela. La comunicación asertiva (capacidad para manifestar lo que se quiere y lo que se piensa) y erótica, indispensables para expresar las necesidades amorosas y sexuales que se experimentan, requieren poseer un vocabulario verbal y corporal (no-verbal) suficiente para ponerlas en palabras y acciones, así como el que uno se sienta satisfecho de su persona como hombre o mujer, cómodo(a) con su cuerpo sexuado y seguro(a) de mostrarse deseable y amoroso.

Beneficios de la experiencia sexual sobre la salud y la calidad de vida

La actividad sexual produce relajación de la tensión muscular, favorece el sueño y disminuye las manifestaciones corporales del estrés emocional, con repercusiones positivas en la función inmunológica, neurológica, endocrina, cardiovascular e incluso sexual.

La expresión de sexualidad y el erotismo favorecen el bienestar, desarrollo y crecimiento de las personas en todas sus dimensiones. A nivel físico, la actividad sexual produce relajación de la tensión muscular, favorece el sueño y disminuye las manifestaciones corporales del estrés emocional, con repercusiones positivas en la función inmunológica, neurológica, endocrina y cardiovascular.

La práctica personal y en solitario del erotismo (autoerotismo), favorece la aceptación y valoración del cuerpo sexuado y de la propia sexualidad, lo que lleva a tener una imagen positiva de sí mismo y del cuerpo, facilita el reconocimiento

de las propias necesidades sexuales y la manera de satisfacerlas y contribuye al desarrollo de una buena autoestima, misma que permite establecer una comunicación asertiva con la pareja y la puesta en común de necesidades y experiencias.

La atracción física, afectiva e intelectual, así como el deseo sexual, son ingredientes para el establecimiento del vínculo entre las parejas, además, la práctica de la sexualidad estimula sentimientos de afecto, intimidad y cercanía que favorecen la estabilidad y satisfacción de la relación de pareja ya constituida.

Sin importar si se vive de manera personal o en pareja, en la realidad o en la fantasía, la experiencia sexual puede llevar a las personas a sentirse vivas y plenas, en armonía con ellas mismas, con su pareja y con lo que les rodea, trascendiendo a un nivel de bienestar espiritual.

Envejecimiento y funcionalidad sexual

La producción de hormonas femeninas (estrógenos) y de células sexuales (óvulos) declina en la mujer durante la menopausia hasta desaparecer. En los varones, la producción de hormonas sexuales (andrógenos) y de espermatozoides declina muy lentamente hasta desaparecer ya avanzada la vejez; sin embargo, la capacidad de experimentar la respuesta sexual, aunque modificada, no desaparece como resultado del proceso de envejecimiento.

Como consecuencia de la menopausia en la mujer, se produce atrofia (adelgazamiento) más o menos importante de las paredes vaginales y puede haber incomodidad durante la penetración o coito. En el varón el líquido eyaculatorio tiene menor volumen y las sensaciones percibidas durante su expulsión también son menos intensas.

Las manifestaciones de la excitación sexual presentan algunas modificaciones en su calidad: la lubricación vaginal es menos abundante, la erección, aunque suficiente para la penetración, puede tener menor grosor y rigidez. La disminución paulatina de andrógenos pocas veces alcanza niveles mínimos, como para ser causa de dificultad de erección o de disminución del deseo sexual.



Con el envejecimiento, se prolonga el tiempo que transcurre entre la aplicación de los estímulos sexuales y el desencadenamiento de la excitación y la liberación de la tensión sexual, por lo que los estímulos deben ser más intensos y variados.

Dependiendo de la capacidad contráctil de los músculos pélvicos, las contracciones de la fase orgásmica pueden presentarse en menor número y ser de menor intensidad y duración.

La capacidad de modulación de la excitación sexual persiste, siempre y cuando el movimiento corporal no se encuentre afectado por alguna enfermedad del sistema músculo esquelético o nervioso.

La función sexual erótica y relacional continúa, de manera que se siguen experimentando necesidades afectivas (intimidad, contacto) y deseos sexuales. La capacidad de satisfacerlas persiste, si bien la forma en que habitualmente se haya venido haciendo requiera de ajustes y modificaciones.

Con el envejecimiento, se prolonga el tiempo que transcurre entre la aplicación de los estímulos sexuales y el desencadenamiento de la excitación y la liberación de la tensión sexual, por lo que los estímulos deben ser más intensos y variados.



La capacidad de sentirse bien y cómodo con el cuerpo sexuado debe adaptarse a la forma en que se percibe el cuerpo envejecido, tal vez más grueso, más laxo o más lento. Igualmente se tendrá que ajustar a la realidad del envejecimiento la imagen de la persona amada. Este proceso de adaptación produce cambios en la manera de interpretarse a sí mismo y a la pareja.

Además de los sistemas de pensamiento propios, la ideología que predomine en el medio social en que se vive en torno de la sexualidad, la vejez y el ejercicio de la sexualidad de los adultos mayores, producirá también cambios en la manera de interpretarse a sí mismo. Las modificaciones del estatus social, laboral y familiar que ocurren en esta etapa de la vida igualmente inciden en la forma de mirarse e interpretarse. Una nueva significación negativa de uno mismo puede condicionar una baja autoestima y dificultar la capacidad de ser asertivo social y sexualmente. Por otro lado, la interpretación negativa de los cambios por el envejecimiento de la pareja puede desequilibrar el balance entre el ideal de la persona amada y la realidad (desamor).

Ser viejo no es sinónimo de soledad, aún cuando se haya perdido la pareja y se decida continuar solo(a) el “resto del camino”, se puede continuar cuidando del arreglo e higiene personal de manera que se disfrute de gustarse a sí mismo y de parecerle atractivo o atractiva a los demás, se disfrute del contacto y cercanía que brindan las relaciones interpersonales y, si así se desea, haciendo uso de la imaginación y de la fantasía erótica, se disfrute de una experiencia sexual autoerótica.

Ser viejo no es sinónimo de soledad, aún cuando se haya perdido la pareja y se decida continuar solo(a) el “resto del camino”, se puede continuar cuidando del arreglo e higiene personal de manera que se disfrute de gustarse a sí mismo y de parecerle atractivo o atractiva a los demás.

Si se está solo(a), puede también anhelarse una nueva pareja. Para la mujer, su búsqueda puede dificultarse por razones biológicas: la disponibilidad de parejas mayores varones disminuye porque por su constitución las mujeres les sobreviven; y por razones culturales: las parejas formadas por mujeres y hombres de menor edad no son siempre bien vistas y, además, la búsqueda de pareja ha sido siempre considerada “una tarea de varones” (las mujeres no saben o se sienten incómodas de hacerlo).



Cuando se va a casa de los hijos, de algún otro familiar o a una residencia para adultos mayores, tanto para hombres como para mujeres, puede ser difícil disponer de espacios de intimidad donde se pueda expresar el comportamiento amoroso y erótico. Las expectativas de las personas que rodean al adulto mayor, condicionadas por sistemas de pensamiento que restringen la sexualidad de los adultos mayores, podrían también limitar el proyecto de encontrar una nueva pareja con quien compartir la vida íntima afectiva y/ o sexual.

Enfermedad y funcionalidad sexual

Algunas enfermedades que alteran la función de arterias, venas o nervios periféricos de la pelvis, como la vasculopatía y neuropatía diabética, pueden afectar la capacidad de excitación sexual. Si hay afectación de los procesos del pensamiento, como en la depresión, puede haber dificultad para experimentar placer, deseo sexual o para establecer y/o mantener vínculos afectivos. Cuando la movilidad está limitada por alteraciones en las articulaciones o dolor, como en las artritis o artrosis, disminuye la posibilidad de modulación de la excitación sexual.

Aún cuando la capacidad de excitación sexual esté intacta, algunas enfermedades pueden afectar la actividad sexual de manera indirecta porque inducen a conductas que evitan la actividad sexual; por ejemplo, cuando hay preocupación de que los síntomas de incontinencia urinaria o fecal ocurran durante el acto sexual; o cuando se ha tenido una enfermedad grave que ha afectado seriamente la salud y la manera de interpretarse a sí mismo (un infarto del corazón, por ejemplo), y que puede generar sentimientos de temor a afectar aún más la salud si se ejerce la vida sexual o sentimientos de poca confianza en las propias habilidades.

Algunos problemas de la funcionalidad sexual se originan indirectamente por alteraciones físicas inespecíficas como fatiga o insomnio; otros más son secundarios a problemas psicológicos como baja autoestima o estrés y a problemas relacionales como los conflictos de pareja. En ocasiones, las causas indirectas pueden remontarse a situaciones traumáticas relacionadas con la sexualidad ocurridas muchos años atrás.

Algunos problemas de la funcionalidad sexual se originan indirectamente por alteraciones físicas inespecíficas como fatiga o insomnio; otros más son secundarios a problemas psicológicos como baja autoestima o estrés y a problemas relacionales como los conflictos de pareja.

Ciertos medicamentos que se administran para el tratamiento de la hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares, los niveles altos de colesterol, la depresión y la ansiedad, e incluso algunos indicados para el catarro común y la gastritis, pueden afectar la función sexual inhibiendo el deseo sexual, dificultando la erección o la presencia del orgasmo. Lo mismo

puede decirse de algunos procedimientos quirúrgicos sobre órganos pélvicos (próstata, vejiga, recto, útero) si los nervios resultan dañados.

Los medicamentos empleados para el tratamiento de la dificultad de erección o disfunción eréctil son efectivos cuando están bien indicados; carecen de efectividad si existen problemas importantes del sistema de circulación venosa o arterial del pene y no son útiles en el tratamiento de otras disfunciones como inhibición del deseo sexual o ausencia de orgasmo (anorgasmia).

Mitos y realidades sobre envejecimiento y sexualidad

Como ya se ha mencionado, las actitudes y comportamientos sexuales se basan muchas veces en opiniones o creencias ampliamente difundidas que se originan de concepciones parciales, limitadas o negativas acerca de la función sexual y la sexualidad. Conviene el análisis de algunas de estas ideas preconcebidas sobre la sexualidad a la luz de los conocimientos científicos que se han venido desarrollando sobre la sexualidad humana y la experiencia sexual.

Concepciones parciales o focalizadas de la función sexual

La salud sexual implica la integración de las manifestaciones fisiológica y emocional de la respuesta sexual; sin embargo, no siempre se alcanza la armonización de las dos vertientes.

Se observa con frecuencia, y por eso se ha llegado a creer, que focalizarse en lo genital “está en la naturaleza” de los varones y focalizarse en lo romántico es “propio” de las mujeres. La realidad es que, sin importar la edad, lo propio de la naturaleza humana es vivir de manera armónica ambos aspectos.

Concepciones limitadas, exclusivas o excluyentes de la función sexual

Cuando la función sexual se limita a la función de reproducción, la experiencia se centra en la relación sexual coital o coito y en el objetivo de tener hijos; el



placer derivado de la experiencia sexual es secundario o innecesario y como consecuencia, se puede pensar que después de la etapa reproductiva de la vida ya no se puede o se debe tener relaciones sexuales. La creencia más o menos generalizada de que las personas adultas mayores no sienten deseo o interés sexual y de que estas manifestaciones están fuera de lugar o son producto de un problema de salud mental, se basan en el fondo en esta limitación de la concepción de la experiencia sexual.

Aún cuando se reconozca el papel erótico de la función sexual, si se considera que la experiencia erótica consiste sólo en la “penetración”, se relegan o descartan otras formas de expresión erótica, dificultándose la elección y valoración de comportamientos sexuales como caricias o tocamientos y el uso de la fantasía erótica. En estos casos se pueden originar sentimientos negativos de insatisfacción, preocupación, frustración y ansiedad, cuando la penetración no puede darse debido a algún problema de salud.

Los puntos de vista limitados de la sexualidad pueden generar sentimientos negativos de culpa, vergüenza, temor e incomodidad y, secundariamente, limitar la expresión sexual. Esto ocurre sobre todo con los comportamientos sexuales que salen de los parámetros considerados como “lo que debe ser”, como pueden ser la experiencia autoerótica y la experiencia sexual que se realiza entre personas del mismo sexo u homosexual. Tanto la experiencia autoerótica,

como la homosexual y la heterosexual (la que se realiza entre hombre-mujer), pueden cubrir los aspectos comunicacional, relacional y eróticos de la función sexual, independientemente de la edad que se tenga o de si se es hombre o mujer.

Concepciones que delimitan roles en función del sexo

El hecho de que la experiencia sexual en pareja sea complementaria, ha originado la creencia de que cada persona participa de acuerdo a un papel determinado según su sexo. Se ha llegado a pensar que el hombre juega un papel activo y que el papel de la mujer es pasivo; o bien, que el hombre es responsable de que “ocurra” la relación y que la mujer “sólo tiene que estar ahí”.

El imaginario erótico y simbólico de la experiencia sexual abre la posibilidad de la integración de las vertientes de la respuesta sexual genital y romántico-sentimental; ir al encuentro, visitar, dar la bienvenida, recibir, todas son imágenes activas de lo que es el encuentro sexual para ambos participantes. Prepararse para el encuentro genital y emocional es privilegio de los seres humanos y tarea de cada participante sin importar su sexo ni su edad.

Concepciones negativas de la actividad sexual y de la sexualidad en general

Los seres humanos a lo largo de la historia han tendido siempre a regular el comportamiento sexual con el objeto de lograr un orden en el mundo social, sobre todo en lo que respecta a la reproducción. Los principios de este orden son muy antiguos y estuvieron tan arraigados que algunos todavía persisten en la actualidad y continúan influenciando las representaciones que se tienen de la sexualidad aún cuando la procreación ha dejado de ser el centro de la función sexual.

Los comportamientos sexuales que no tienen un fin o posibilidad reproductiva fueron rechazados en un momento de la historia en que se requería que las personas procrearan para asegurar la supervivencia de los grupos humanos. Así se rechazó, la masturbación (forma de autoerotismo) y las relaciones homosexuales, el sexo oral, anal, etc.

La valoración de la castidad surge en momentos en que se consideró que una prueba de que se estaba por encima del caos social, era ser capaz de contenerse y no satisfacer necesidades, ni deseos sexuales. Como se conocía el papel de los comportamientos sexuales entre hombre y mujer (heterosexuales) en la reproducción humana, el acto sexual dentro de la vida de la pareja casada fue considerado como “inconveniente pero necesario”.

Un último ejemplo: cuando se pensó que lo valioso del hombre eran las ideas y el espíritu, en contraposición con el cuerpo y sus necesidades, se rechazó la experiencia del placer y por lo tanto la sexualidad en su vertiente erótica.

La necesidad de regular el comportamiento sexual sigue existiendo y se basa actualmente en la expresión responsable de las capacidades sexuales; implica experimentar la sexualidad con autonomía, mutualidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar. Una persona que muestra un comportamiento sexual responsable no intenta causar, ni se causa daño; no arriesga su salud o la de los demás y evita la explotación, manipulación, acoso o discriminación al establecer relaciones interpersonales afectivo-eróticas.

Concepciones que minimizan los riesgos del comportamiento sexual

Una persona que muestra un comportamiento sexual responsable no intenta causar, ni se causa daño; no arriesga su salud o la de los demás y evita la explotación, manipulación, acoso o discriminación al establecer relaciones interpersonales afectivo-eróticas, independientemente de la edad.

Aún cuando se ha insistido mucho en los últimos años acerca de los riesgos que trae consigo el ejercicio de la sexualidad, sobre todo entre los jóvenes que se supone están en proceso de aprender a vivir su sexualidad de manera responsable, puede ocurrir que las personas adultas mayores y el personal de salud que les atiende no consideren que su salud se puede afectar, como se afectaría la de cualquier persona, cuando se practica una actividad sexual insegura. Tener relaciones sexuales ignorando si la pareja o uno mismo tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o tener una práctica sexual con penetración sin protegerse mediante la utilización de un preservativo o condón son comportamientos inseguros y con riesgo alto de adquirir alguna ITS, independientemente de la edad, sexo o preferencia de género de las personas.

Por otro lado, aún cuando existe una disminución en la producción de espermatozoides o células sexuales masculinas como consecuencia del envejecimiento, mientras no disminuya su número más allá de un 20% de lo considerado habitual, puede existir la posibilidad de embarazo, si la pareja es fértil, por lo que un embarazo no esperado y tal vez no deseado, puede ocurrir.

La violencia sexual puede ejercerse sobre cualquier persona, niños y niñas, adolescentes, mujeres y hombres jóvenes y en adultos mayores. Las experiencias de abuso sexual o violación se dan con más facilidad cuando existen situaciones de desigualdad entre los géneros y falta de respeto a los derechos sexuales de integridad y seguridad del cuerpo sexuado. Ejercer la sexualidad de manera responsable es saber que uno tiene derecho al respeto de su integridad corporal y a elegir libremente si se participa o no en una relación sexual. La participación consensual en la relación sexual significa que se tiene la madurez e información suficiente para, libremente, tomar la decisión de participar en una experiencia sexual, sin engaños o manipulación, sin coerción ni ejercicio de presión o fuerza física.

La expresión del comportamiento sexual puede ser tan diferente como diferentes son las personas. Cuando se llega a conocer las experiencias de vida sexual de otros individuos puede suceder que se cuestione la propia vida sexual y surjan dudas o sentimientos de frustración porque ha sido distinta a la de otros. Se pierde de vista que lo importante es si la vida sexual de cada uno contribuye a enriquecer su persona y su relación de pareja.

La salud sexual de las personas adultas mayores consiste en la integración y armonización de las dimensiones de la funcionalidad sexual, de modo que se alcance un bienestar (“bien-estar”) físico, psicológico, sensorial, relacional, cultural y espiritual, que favorezca el desarrollo y crecimiento personal.

La salud sexual de las personas adultas mayores – y de todas las personas, en realidad – consiste en la integración y armonización de las dimensiones de la funcionalidad sexual, de modo que se alcance un bienestar (“bien-estar”) físico, psicológico, sensorial, relacional, cultural y espiritual, que favorezca el desarrollo y crecimiento personal y sirva para establecer y mantener, con uno mismo y con los demás, una comunicación y un vínculo afectivo-amistoso-amoroso enriquecedor.

Bibliografía

1. Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. Punto de vista de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio en el año 2010. Ginecología y Obstetricia de México 2010; 78(8): 423-40.
2. Ballesteros S. Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitas-Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2007.
3. Beltrán-Campos V, Padilla-Gómez E, Palma L, Aguilar-Vázquez A, Díaz-Cintra S. Bases Neurobiológicas del Envejecimiento Neuronal. Revista Digital Universitaria 2011; 12(3). [11]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/art30.pdf>
4. Casanova-Sotolongo P, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. Rev Neurol 2004; 38(5): 469-472.
5. Chapela MC. En el debate: Diabetes en México. México: UAMX; 2010.
6. De la Fuente J. Sistema Nervioso y Envejecimiento. En: Rodríguez R, Lazcano G, Práctica de la Geriatria. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2007 p. 379-384.
7. Elosua de Juan R. La memoria durante el envejecimiento. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2002; 37(3):131-133.
8. Gardner H. Inteligencia reformulada: Las inteligencias múltiples en el siglo XXI. Barcelona: Paidós; 2001.
9. Hayflick L. ¿Cómo y por qué envejecemos? Barcelona: Herder; 1999.
10. Hernández-Valencia M, Córdova-Pérez N, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Ruiz M, et al. Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico. Ginecología y obstetricia de México 2010; 78(4): 232-7.
11. Silva Herrera JM. Andropausia estado actual y conceptos básicos. Universitas Médica. 2006;47(1):17-23.

12. Horstman AM, Dillon EL, Urban RJ, Sheffield-Moore M. The role of androgens and estrogens on healthy aging and longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012; 67:1140-52.
13. Kusnetzoff JC. *Andropausia*. Buenos Aires: Editorial Del Nuevo Extremo; 2001.
14. Lerman-Garber I, Rosales-Calderón M. Cambios en la tolerancia a la glucosa en el anciano. *Revista de Investigación Clínica* 2010; 62(4): 312-7.
15. Leyto F. Alteraciones de la sangre en geriatría. En: Rodríguez R, Lazcano G, editores. *Práctica de la Geriatría*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2007 .p. 344-349.
16. López-Ramírez JH. *Fisiología del envejecimiento*. Colombia: Editorial Médica Celsus; 2012.
17. Macías G. Conciencia, pensamiento y memoria. En: Rodríguez R, Lazcano G, *Práctica de la Geriatría*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2007 p. 385-389.
18. Martínez SS, Almela MZ, Carrasco CP, Colomina MF, Gonzáles EB, Moya LA, et al. *Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva*. Madrid: Delta Publicaciones; 2007.
19. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. *Gerontología comunitaria*. México: FES "ZARAGOZA", UNAM; 2004.
20. Mendoza-Núñez VM, Retana-Ugalde R. *Estrés oxidativo e inflamación. Medición e interpretación diagnóstica*. México: FES Zaragoza- UNAM; 2009.
21. Mishara BL, Robert GR. *El proceso de envejecimiento*. España: Ediciones Morata; 2000.
22. Montagnier L. *Las batallas de la vida: Más vale prevenir que curar*. Madrid: Alianza; 2009.
23. Navarrete-Reyes AP, Ávila-Funes JA. Diabetes mellitus y el síndrome de fragilidad en el anciano. *Revista de Investigación Clínica* 2010; 62(4): 327-32.
24. North American Menopause Society. The 2012 hormone therapy position statement of North American Menopause Society. *Menopause* 2012; 19(3): 257-71.

25. Martínez Pascual B, Palarea MDD, Calvo Francés F, Alonso Valera JM. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2004;14(3):150-157.
26. Pines A. Male menopause: is it a real clinical syndrome? *Climacteric* 2011; 14(1): 15-7.
27. Rodríguez R. La Piel: Consideraciones en geriatría. En: Rodríguez R, Lazcano G, editores. *Práctica de la Geriatría*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2007 p. 254-257.
28. Royo MT, García BS. *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. España: Editorial Médica Panamericana; 2006.
29. Ruiz-Arregui L, Pérez-Lizaur AB. Nutrición y diabetes en el anciano. *Revista de Investigación Clínica* 2010; 62(4): 350-6.
30. Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. *Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes*. México: FES Zaragoza-UNAM; 2003.
31. Sandi C, Venero C, Cordero MI. *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Ariel; 2001.
32. *Servicios Sociales, Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2009. p. 121-135.
33. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *Diabetes Care* 2012;35:1-15.
34. Tessier D, Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. Necesidades específicas en el cuidado del anciano con diabetes mellitus. *Revista de Investigación Clínica* 2010; 62(4): 323-6
35. Tortosa JM. *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2001.
36. Vazquez BA. *Amor y sexualidad en las personas mayores, transgresiones y secretos*. Barcelona: Gedisa; 2006.
37. Verdejo Bravo C. Sexualidad y envejecimiento. En: *Nuevas miradas sobre el*

envejecimiento. Madrid: Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores/ IMSERSO; 2009.p.119-135.

38. Yuni JA, Urbano CA, Arce MC. Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento. Argentina: Editorial Brujas; 2003.