



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**Sexualidad en la Tercera Edad**

Autora: Ángela Quero Bravo

Directora: Silvia Cintrano

Madrid

2021/2022

**Índice**

Resumen .....	3
Introducción.....	3
Marco Teórico .....	5
Vejez .....	5
Sexualidad.....	7
Perspectiva Cultural e Histórica .....	8
Mitos, Estereotipos y Falsas creencias y su Repercusión en la Población .....	10
Sexualidad en la Vejez.....	13
<i>Dimensión Psicológica</i> .....	17
<i>Dimensión Social</i> .....	19
<i>Dimensión Biológica</i> .....	22
Tercera Edad y el Colectivo LGTB .....	25
Discusión .....	28
Referencias Bibliográficas.....	32

## **Resumen**

Las creencias falsas asociadas a la sexualidad en la tercera edad pueden provocar el cese de la actividad sexual en los ancianos, por un lado, y actitudes discriminatorias hacia los mismos, por otro. La sexualidad durante la vejez es una realidad, siendo, además, un factor de calidad de vida, y la existencia de estos mitos repercuten en la salud y los derechos sexuales de los más mayores. Se hacen necesarios más estudios que clarifiquen qué aspectos inciden en la sexualidad en la vejez, puesto que debido al tema tabú que este tema representa, siguen siendo escasos, más aún sobre la tercera edad y el colectivo LGTB. El objetivo de este trabajo es analizar qué factores psicológicos, sociales y biológicos inciden en la actividad sexual de este grupo etario a partir de una revisión bibliográfica, con el fin de desmitificar las falsas creencias que afirman que la sexualidad en la tercera edad no existe.

## **Introducción**

La Unión Europea alberga una población envejecida. En 2001 el 16% de la población tenía más de 65 años, cifra que aumenta al 21% en el año 2020. Asimismo, el porcentaje de personas mayores de 80 años prácticamente se duplica en esta misma franja temporal. Concretamente, en España, el 19,77% de la población tiene más de 65 años (INE, 2021). Debido a la magnitud de personas pertenecientes a este grupo de edad, y a que la sexualidad es un factor de calidad de vida (Guadarrama et al., 2010; Velandia, 2007), se hace necesario realizar estudios que desmientan todas las creencias falsas que pueden llegar a provocar la interrupción de la sexualidad en las personas mayores (DeLamater & Koepsel, 2015) y la discriminación a este grupo poblacional (Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006).

Uno de los factores que puede estar influyendo en la permanencia de estos prejuicios es, de hecho, la escasez de los estudios sobre la sexualidad en la tercera edad (Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006). No obstante, gracias a la disposición de fármacos para tratar la disfunción eréctil, desde el año 2000 se ha impulsado el estudio de la sexualidad en la vejez (Lindau & Gavrilova, 2010; Moreira et al., 2005). En cualquier caso, sigue quedando camino por recorrer; es importante derribar los mitos y el tabú que existe sobre la sexualidad de las personas mayores pues, según el estudio

realizado por Moreira et al., (2005), los ancianos en nuestro país apenas acuden al médico ante un problema sexual, en muchas ocasiones por la vergüenza que les produce hablar sobre el tema. Asimismo, los profesionales de la salud tampoco suelen preguntar a este grupo poblacional por su sexualidad en las consultas rutinarias (Moreira et al., 2005), y es importante que estos profesionales informen, al menos, de los cambios que van a experimentar en cuanto a su sexualidad y eliminar así algunas de las falsas creencias sobre el tema en cuestión (Guadarrama et al., 2010). En este sentido, Kaplan afirma que, para poder acabar con los prejuicios, el conocimiento sobre los cambios en la respuesta sexual durante la tercera edad se hace necesario (Iacub & Sabatini, 2001). Tanto los mitos como la escasez de estudios provocan que los profesionales de la salud carezcan de conocimientos suficientes para establecer una línea base sobre la cual instaurar un criterio sobre la salud y la conducta sexual de las personas de avanzada edad (DeLamater et al., 2008). Puesto que dentro de los derechos sexuales encontramos el acceso a servicios de salud sexual y a la información y educación de la misma (Rheume & Mitty, 2008) sería deseable contar con más estudios que desmientan todos los mitos que están influyendo en la vulneración de estos derechos.

El modelo biomédico se focaliza en analizar cómo la actividad sexual se ve influenciada por la salud, así como por las enfermedades y tratamientos derivados de estas, lo que lo lleva a ser un modelo centrado en la disfunción (DeLamater & Koepsel, 2015). Sin embargo, el ser humano, y por ende también el anciano, es una realidad bio-psico-social (Fernández-Ballesteros, 2004). El modelo biomédico, por tanto, se queda lejos de explicar la expresión sexual en la población anciana (DeLamater & Koepsel, 2015). Por ello este trabajo pretende abordar la sexualidad durante la vejez desde una perspectiva bio-psico-social, entendiendo que las dimensiones psicológica y relacional son esenciales junto a la biológica para poder entender este fenómeno.

La pretensión de este trabajo es abordar la sexualidad en la tercera edad de manera que se desmitifiquen todas las falsas creencias existentes acerca del tema desde una dimensión biopsicosocial, entendiendo la realidad de la sexualidad en la vejez más allá del ámbito de la biología. Se explicará brevemente qué es la vejez y la sexualidad, además de aportar una perspectiva histórica y cultural a ambas realidades. Asimismo, se dedicará una parte del trabajo a hablar sobre las personas mayores LGTB con el fin de arrojar luz sobre una realidad enormemente invisibilizada (Gracia Ibáñez, 2011).

## Marco Teórico

### Vejez

Tal y como indica Fernández-Ballesteros (2004), “la vejez es un estado en la vida, y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital”. Es decir, que el envejecimiento ocurre en todas las etapas de la vida, y no solo a partir de los 65 años (Fernández Brañas et al., 2001). No obstante, cabe destacar que, aunque en Europa se considera mayor a aquella persona que supere los 65 años, los límites de la vejez y de la juventud siguen sin estar claros (Fernández Ballesteros et al., 2004). Según Fernández Brañas et al. (2001), el envejecimiento es “un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos”, y según Gracia Ibáñez (2011) el envejecimiento es “un proceso individual de adaptación a los cambios de todo tipo que se producen por el hecho biológico de cumplir años”. Cabe destacar que el proceso de envejecimiento tiene una doble vertiente; por un lado, es individual, pues el propio sujeto es activo en su envejecimiento, y por otro lado es contextual, dado que las condiciones ambientales, económicas, culturales, sociales e históricas también influyen en él (Fernández Ballesteros et al., 2004). Además, los cambios naturales que se producen durante el envejecimiento cuentan con grandes diferencias individuales que impiden referirnos a él como algo universal; de esta forma, las personas al llegar a la tercera edad cuentan con distintas experiencias vitales, distintos acontecimientos históricos vividos o diferencias culturales plausibles (Gracia Ibáñez, 2011). La variabilidad interindividual es enorme y ésta se incrementa según avanza el ciclo vital (Fernández Ballesteros et al., 2004), por lo que los cambios aparecidos durante el proceso de envejecimiento no presentan un patrón estable (Matud & Concepción García, 2019).

Hemos heredado del modelo biomédico la idea de “vejez” como sinónimo de “declive” y “deterioro”. Sin embargo, desde la psicología entendemos que el desarrollo humano permanece mientras se sigan dando ajustes entre la dimensión biológica y sociocultural del sujeto, sin negar que existan tanto ganancias como pérdidas; así, los estudios demuestran que no existe una edad donde la salud empeore ni donde la personalidad cambie (Fernández-Ballesteros, 2004). La asociación entre vejez y enfermedad es, por tanto, equívoca, pues mientras la primera atañe a todos los individuos, la segunda solo afectará a algunos de ellos (Alonso Valera et al., 2004). Este hecho es

importante, pues relacionar la normalidad con la autonomía y la patología con la dependencia provoca el desempoderamiento y la consiguiente pérdida de autonomía y autoestima en las personas mayores (Iacub & Sabatini, 2001). De todos modos, aunque vejez y enfermedad no son sinónimos, la mayor probabilidad de enfermarse en esta etapa del ciclo vital es un hecho (Iacub & Sabatini, 2001). En esta misma línea, el aumento en la esperanza de vida conlleva a su vez un incremento de enfermedades crónicas que, en algunos casos, resultan incapacitantes, como puede ser el caso de las demencias, entre ellas el Alzheimer (Gracia Ibáñez, 2011).

La gerontología se mueve desde un modelo de envejecimiento que cuestiona los estereotipos asociados a la vejez y defiende el potencial de la salud reformulando conceptos asociados, entendiendo así la vejez y la salud/enfermedad de un modo más flexible (Iacub & Sabatini, 2001). Desde una perspectiva biopsicosocial, la interacción entre el adulto mayor y su entorno es determinante en su calidad de vida y salud (Vivaldi & Barra, 2012). Las actitudes hacia el envejecimiento son también clave en la salud del anciano, de manera que aquellos que presentan una autopercepción positiva hacia el proceso tienen una mejor salud funcional, mientras aquellos que presentan estereotipos negativos internalizados en torno a la vejez presentan un peor desempeño en las pruebas cognitivas, un mayor nivel de estrés (que puede derivar en problemas de salud como son las enfermedades cardíacas) y mayor probabilidad de abandonar conductas saludables debido a la creencia de que el envejecimiento conduce irremediablemente a problemas de salud y de deterioro físico (Brennan-Ing, 1999). Los modos en que el estrés influye en la salud del anciano pueden dividirse en dos grupos: en primer lugar, estarían los cambios vitales que, al generar un gran impacto en la vida del individuo, requieren un ajuste importante por su parte; en segundo lugar, estarían aquellos estresores constantes que dificultan la vida diaria del sujeto (Matud & Concepción García, 2019).

El envejecimiento exitoso pasa por la capacidad del sujeto para integrarse y desenvolverse en la sociedad “superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal” (Vivaldi & Barra, 2012). Asimismo, el envejecimiento exitoso es, de igual manera, de carácter multidimensional y abarca factores bio-psico-sociales (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Por ejemplo, el estado civil es una de las variables que inciden en el bienestar durante el proceso de envejecimiento (Vivaldi & Barra, 2012), pues la pareja constituye una fuente de apoyo en tanto en cuanto ayuda en las tareas del hogar y proporciona

compañía (Fernández Brañas et al., 2001). Dentro de los factores que pueden interferir en la calidad de vida de los adultos mayores se encuentran también numerosos estresores psicosociales que pueden incrementar el malestar psicológico (Matud & Concepción García, 2019). Cabe señalar que la tercera edad es, por lo general, uno de los grupos poblacionales más pobres de la sociedad, característica que se acentúa en las mujeres mayores debido a factores relacionados con el género que les ha llevado a dedicarse en mayor parte al hogar, sacrificando así sus facetas laborales (Gracia Ibáñez, 2011).

En el lado contrario se encuentra el envejecimiento patológico, en el cual se pueden analizar múltiples dificultades en distintos niveles: aparición de enfermedades que requieren intervención médica a nivel biológico, merma de los procesos psíquicos, pobre enfrentamiento al estrés, actitud pesimista y autoimagen negativa a nivel psicológico y pérdida de roles, ausencia de red social, dependencia y soledad a nivel social (Fernández Brañas et al., 2001).

## **Sexualidad**

El ser humano es un ser sexuado (Córdoba et al., 2013; Velandia, 2007). El desarrollo sexual se da durante toda la vida, desapareciendo únicamente con la muerte (Morell-Mengual et al., 2018); es decir, las personas tienen necesidades afectivas durante todo el ciclo vital (Guadarrama et al., 2010).

La sexualidad no está relacionada únicamente con la genitalidad, sino que abarca todas las expresiones sexuales (Cerquera Córdoba et al., 2013) y, por tanto, otras actitudes, conductas y prácticas además de la penetración (Guadarrama et al., 2010), como pueden ser la aproximación, el contacto, la intimidad, la compañía, los halagos, la masturbación, las fantasías, la cercanía y la comunicación emocional, y la identidad de género, entre otros (Barriga Jiménez, 2013; Freixas et al., 2010; Velandia, 2007). La conducta sexual no es más que un tipo de conducta, y, como tal, influyen en ella factores tanto personales como socioculturales, por lo que puede ser analizada por aspectos biológicos, conductuales, clínicos, culturales y psicosociales (Barriga Jiménez, 2013). Esto implica que la expresión de la sexualidad y el deseo de intimidad sea un fenómeno complejo en todos los grupos de edad (Rheume & Mitty, 2008). Asimismo, la sexualidad es una variable esencial tanto en el desarrollo psicoemocional como en el establecimiento

y el afianzamiento de las relaciones interpersonales del individuo (Orte Socías et al., 2015).

La salud sexual no puede ser definida únicamente como ausencia de enfermedad sexual; en cambio, la salud sexual abarca una actitud positiva hacia la misma, al igual que expectativas placenteras carentes de vergüenza, miedo, violencia o coacción (Rheaume & Mitty, 2008). Asimismo, la salud sexual también incluye un conocimiento al menos básico del funcionamiento sexual, de cuáles son las necesidades y los aspectos de la intimidad y de las relaciones sexuales (Taylor et al., 2017).

### **Perspectiva Cultural e Histórica**

La cultura y las normas de la sociedad influyen de forma directa en el comportamiento sexual; como consecuencia, la actividad sexual está marcada por diferencias individuales y culturales (Velandia, 2007; Vera-Gamboa, 1998). De la misma manera, la tercera edad, aun siendo una etapa más del ciclo vital, es heredera de un significado distinto dependiendo de la cultura y del momento histórico en el que lo analicemos (Polo Luque & Martínez Ortega, 2001).

En lo que a sexualidad se refiere, durante la historia ha fluctuado constantemente entre la represión y la permisión (Cerquera Córdoba et al., 2013). Por ejemplo, en la cultura egipcia estaba permitido el incesto y en Grecia los adultos mantenían relaciones sexuales con adolescentes con fines educativos (Vera-Gamboa, 1998); estas cosas hoy en día no son vistas con buenos ojos. En el otro extremo, se halla la sexualidad en el Nuevo Testamento, donde solo es mencionada para referirse a aquellos con un estatus inferior que no eran capaces de reprimir sus impulsos sexuales. Así, la llegada del cristianismo provoca la negación de la sexualidad con el “pecado de la carne” (Barriga Jiménez, 2013). De hecho, la Iglesia en la Edad Media acaba denominando al instinto sexual como algo demoníaco (Vera-Gamboa, 1998).

Es reseñable un periodo histórico donde se originan numerosos mitos sobre la sexualidad, como el que la relaciona con la procreación (y por el cual no se considera que la sexualidad en la vejez sea apropiada) o como el que afirmaba que el exceso de relaciones sexuales acortaba la vida de las personas: la época victoriana. En este tiempo, toda conducta sexual que no tuviera como finalidad la reproducción era considerada como



“sexualidad anormal”, etiquetando de esta manera muchas prácticas sexuales como patológicas (por ejemplo, la masturbación) (Vera-Gamboa, 1998).

En relación a los estudios sobre la sexualidad, Freud marca un punto de inflexión importante, seguido por Ellis, D. Lawrence y Marie Stopes entre otros (Vera-Gamboa, 1998). Aunque el autor que permitió derribar mucho de los mitos y tabúes que se habían ido creando alrededor de la sexualidad durante la historia fue Alfred Kinsey (Vera-Gamboa, 1998). Es en el S. XX cuando se da una revolución en la concepción de las relaciones de pareja, pasando de ser concebida como un medio para la procreación a una decisión personal (Barriga Jiménez, 2013).

En cuanto a la vejez, las sociedades primitivas y las de Oriente Próximo, egipcias, asirias, fenicias, etc. consideraban a las personas mayores como sabias, merecedoras de respeto, sagradas, y se les dotaba de mucho poder (Polo Luque & Martínez Ortega, 2001). La literatura del Antiguo Testamento también recoge al anciano como un modelo a seguir, relacionándolo con la sabiduría y la capacidad para ocupar altos cargos (Carbajo Vélez, 2008). Sin embargo, para entender cómo hemos llegado a la concepción sobre la vejez de hoy en día, debemos fijarnos en la civilización griega, puesto que la cultura occidental es heredera de ella (Polo Luque & Martínez Ortega, 2001). Eran muchas las actitudes que había hacia la tercera edad en la cultura griega (Carbajo Vélez, 2008) y, de hecho, dos de los filósofos más importantes de la historia tenían visiones completamente opuestas sobre la tercera edad. Platón defendía la vejez considerando que éstos debían gobernar y legislar (Polo Luque & Martínez Ortega, 2001), mientras que Aristóteles, por su parte, consideraba esta etapa del ciclo vital como sinónimo de debilidad y de inutilidad social (Carbajo Vélez, 2008). Ambas visiones han sido heredadas por la Historia y son una de las causas de los estereotipos, tanto positivos como negativos existentes en la actualidad (Carbajo Vélez, 2008). Dando un gran salto temporal, entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se emprendió la regularización de las edades detectando en cada grupo etario características diferenciales; de esta manera, cada miembro es localizable y evidente a partir de la imagen que transmitía por su vestimenta y por los roles y las conductas que se entienden adecuadas para su edad (Iacub & Sabatini, 2001). Ha sido en la posmodernidad cuando se ha comenzado a des-diferenciar el ciclo vital, otorgando importancia a las diferencias individuales, de manera que la edad y el género han dejado de ser factores importantes para describir roles y comportamientos (Iacub & Sabatini, 2001).

En cuanto a los estudios de la vejez, las primeras investigaciones científicas tienen lugar en el siglo XIX, y éstas solo se fijaban en los factores de declive biológico. No es hasta los años 60 cuando se reconceptualiza el concepto de vejez y pasa a estudiarse a través del modelo bio-psico-social, entendiéndose como un proceso de cambio (Carbajo Vélez, 2008).

### **Mitos, Estereotipos y Falsas creencias y su Repercusión en la Población**

Según Nekolaichuk (1998, como se citó en Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006) los mitos son aquellas creencias erróneas compartidas por numerosos individuos sobre algún tipo de fenómeno social. Fernández Ballesteros (2004) define el estereotipo como aquella idea extendida y compartida por la sociedad que cada individuo aprende durante la socialización sobre un determinado grupo social o concepto abstracto. Por su parte, Iacub & Sabatini (2001) establecen que los prejuicios y los estereotipos son “marcas sociales que imprimen un sesgo identificador, con altos niveles de aceptación social, sin que sean verificables desde ciertos códigos científicos”.

Tal y como indican Morell-Mengual et al., (2018), “las personas mayores representan un sector de la población estigmatizado” (con numerosos mitos y creencias negativas asociadas). De todas las actitudes en torno a la vejez a lo largo de la historia, la sociedad actual ha heredado aquella que la concibe como un periodo de deterioro y de dependencia, entre otros (Fernández-Ballesteros, 2004). Es lo que Masters & Johnson (como se citó en Velandia, 2007) denominan “ancianismo”: tendencia a pensar que las personas mayores son pesadas, seniles y sin actividad sexual, entre otras creencias. El edadismo hace referencia al “proceso por medio del cual se estereotipa de forma sistemática a, y en contra de, las personas mayores por el hecho de ser viejas” (Butler y Lewis, 1973, como se citó en Gracia Ibáñez, 2011). El hecho de que la población anciana se encuentre estigmatizada es importante, puesto que los estereotipos negativos en torno a la tercera edad inciden en su salud (Levy, 2003), pudiendo actuar como profecía autocumplida en los ancianos, o llevando al resto de la población a adoptar actitudes discriminatorias (sobre todo cuando éstos pasan desapercibidos) (Fernández-Ballesteros, 2004). La divulgación de mitos en los medios de masas o la adopción de posturas paternalistas y condescendientes para con las personas mayores son dos formas de discriminación hacia éstas (Gracia Ibáñez, 2011). Cabe señalar que el edadismo se

diferencia de otras formas de discriminación (como el sexismo o el racismo) en tanto en cuanto afecta a todo ser humano que consigue llegar a una edad avanzada, además de la forma sibilina que ésta adopta y que provoca que la población en general sea poco consciente de la existencia de tal actitud discriminatoria (Gracia Ibáñez, 2011).

Actualmente se sigue viendo al anciano como un ser humano falto de sexualidad (Morell-Mengual et al., 2018) y carente de interés en mantener una relación afectiva, y éste es posiblemente el mito más extendido en nuestra sociedad (Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006). Negar la existencia de necesidades o deseos sexuales en la tercera edad provoca la creencia de que se puede prescindir de la sexualidad durante esta etapa, por lo que se suele considerar como patológica cualquier manifestación sexual en este período (Freixas et al., 2010). Al relacionar y reducir la sexualidad a la reproducción, se considera “anormal” que una persona mayor, alejada de la edad reproductiva, disfrute de su propia sexualidad (Velandia, 2007). De esta manera, se censura la sexualidad en la tercera edad, yendo más allá de la negación de su existencia al considerar que ésta no debería darse y que otra cosa sería inapropiada (Freixas et al., 2010).

López y Olazábal (como se citó en Velandia, 2007), mencionan algunos de los mitos sobre la sexualidad en la tercera edad más frecuentes. Entre ellos encontramos aquellos que niegan al anciano la capacidad de mantener relaciones sexuales debido a los cambios físicos que se producen durante la vejez. Ambos autores destacan que esta creencia se asocia en mayor medida a las mujeres mayores. Con arreglo a esa idea, todo anciano que presente deseos sexuales “es” “anormal”, “enfermo”, “viejo verde”, etc. Por otro lado, existe el mito de considerar que la actividad sexual durante la vejez puede perjudicar la salud de la persona al requerirle una energía que supuestamente no tiene. Si las relaciones sexuales son vetadas en general en los mayores, no iba a ser menos la masturbación. Aunque entre los jóvenes es una expresión sexual cada vez más normalizada, entre los ancianos sigue siendo considerada síntoma de “una persona enferma”.

El género es un factor importante en cuanto a los mitos se refiere. Por ejemplo, actualmente sigue estando mal visto que una mujer anciana y viuda vuelva a tener otra pareja, mientras que está socialmente más aceptado que un viudo tenga otra relación afectiva (Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006). Este fenómeno se deriva de la conexión entre “feminidad” y “pasividad” que incita la falta de iniciativa y de deseo sexual en las mujeres, considerando inapropiada cualquier otra conducta (Freixas et al.,

2010). Los mitos sobre la sexualidad en la tercera edad están bastante extendidos en nuestra sociedad. Por ejemplo, el estudio realizado por Cerquera Córdoba et al., (2013) en España con 252 individuos de entre 18 y 94 años recogió que la mitad de ellos afirmaban que las mujeres de avanzada edad tienen menos o nulo interés sexual, frente a un 20% que refirió no saberlo y un 27% que se mostró en desacuerdo con esta idea.

Una de las posibles causas de estas creencias son los valores propios de la sociedad actual; valores que se pierden al llegar a cierta edad: belleza, salud y velocidad. (Fernández-Ballesteros, 2004). La juventud es un valor central de la sociedad occidental actual, hasta tal punto que preguntar a alguien mayor por su edad es propio de la mala educación (Rheume & Mitty, 2008). Al considerarse la vejez como una etapa de pérdida de funciones, la actividad sexual también será percibida como una capacidad más que se pierde (Velandia, 2007). A esto se le suma la creencia de que sólo las personas jóvenes y atractivas pueden disfrutar del sexo y esta relación entre sexualidad y juventud está muy presente hoy en la sociedad (Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006; Velandia, 2007). La imagen juvenil como ideal provoca un impacto negativo en la autoestima cuando las personas se adentran en la tercera edad, lo cual genera un descenso en el deseo sexual de las personas mayores al no sentirse atractivas (y no porque la capacidad en sí esté mermada) (DeLamater & Koepsel, 2015). Esta doble vara de medir la sexualidad según los grupos de edad se puede ver también reflejada en las propias creencias que los adultos mayores presentan, pues ellos son los primeros en considerar que no deben expresar cariño o afecto en público, mientras que ven normales las mismas actitudes cuando estas se dan en la población joven (Orte Socías et al., 2015).

Las creencias falsas asociadas a la sexualidad en la vejez pueden incidir de forma negativa en cómo las personas mayores viven su propia sexualidad (Orozco Mares & Rodríguez Márquez, 2006), disminuyendo drásticamente sus expectativas de satisfacción sexual (Rheume & Mitty, 2008). Por ejemplo, la visión de la sexualidad ligada a la procreación limita la misma a la penetración vaginal, provocando que aquellos individuos con disfunción eréctil pierdan el interés sexual al no plantearse otro tipo de actividades sexuales (Lodge & Umberson, 2012, como se citó en DeLamater & Koepsel, 2015). El desconocimiento, unido a todos estos mitos provocan que el anciano se sienta culpable y aparezca en él un gran sentimiento de vergüenza cuando experimenta deseos sexuales (Guadarrama et al., 2010), lo que le lleva a evitar mantener relaciones íntimas (Rheume & Mitty, 2008). Así, las personas mayores pueden acabar asumiendo estas creencias y,

como consecuencia, cambiar o anular sus deseos y expresiones sexuales al estimarlos inadecuados (Cerquera Córdoba et al., 2013) y no verles el sentido (DeLamater & Koepsel, 2015). Este hecho se enfatiza al hablar de las mujeres mayores, pues el peso del estigma es mayor en ellas, teniendo así más probabilidades de renunciar a su sexualidad que el grupo de los hombres (Freixas et al., 2010).

Tal y como indica Burgess (2004, como se citó en DeLamater & Koepsel, 2015), la falta de educación sexual provoca que las personas mayores se acaben nutriendo de los estereotipos para entender su propia sexualidad. Esto puede verse reflejado en el estudio realizado por Moreira et al. (2005), según el cual casi el 80% de hombres y mujeres no acudieron a un médico ante la presencia de un problema sexual debido a la creencia de que los problemas sexuales eran normales debido a su edad y que, por tanto, no hacía falta tratarlos, y otras causas como el hecho de no sentirse a gusto hablando de su sexualidad con un médico, la creencia de que el problema no era tan grave o porque preferían esperar a que el problema desapareciera por sí solo.

Todos estos mitos se pueden resumir en el siguiente principio: la sexualidad en la tercera edad no es posible por cuestiones biológicas y fisiológicas y, por tanto, no es natural ni moral su ejercicio durante la edad avanzada. Como consecuencia, las personas entran a esta etapa del ciclo vital con grandes niveles de ansiedad y es, en parte, causa de algunos trastornos en la función sexual (Velandia, 2007). Es importante, por tanto, proporcionar a la población anciana un conocimiento, al menos básico, sobre la anatomía y la fisiología del funcionamiento sexual, así como los cambios que se producen durante el envejecimiento con el fin de modificar las creencias erróneas que estos pueden tener (Rheume & Mitty, 2008).

### **Sexualidad en la Vejez**

Según Velandia (2007) “la sexualidad geriátrica puede ser definida como una expresión psicológica de emociones y compromisos, que requiere mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, de amor, de compartir placer con coito o sin él”. Es decir, para poder entender la sexualidad durante la vejez hemos de abarcar una gran variedad de expresiones de la sexualidad y no solo el interés, las disfunciones o la capacidad para mantener relaciones sexuales (DeLamater &

Koepsel, 2015), además de analizarla desde los distintos factores que la constituyen: biológicos, psicológicos y culturales (Cerquera Córdoba et al., 2013).

Los resultados del estudio realizado en España por Moreira et al. (2005) arrojan que casi el 90% de los hombres y el 66,2% de las mujeres de entre 40 y 80 años que habían participado en tal investigación habían mantenido relaciones sexuales en el último año. Más del 70% de los participantes mayores de 60 años del estudio de Guadarrama et al. (2010) afirmaron mantener relaciones sexuales coitales, además de referir que la actividad sexual era importante para ellos, y, aquellos que no mantenían relaciones sexuales coitales, seguían manteniendo su actividad sexual mediante otro tipo de expresiones. De hecho, en algunos casos aumenta tal y como se demostró en el estudio de Freixas Farré (2006, como se citó en Freixas et al., 2010), al afirmar que aquellas mujeres que aceptan su deseo sexual como legítimo aumentan su actividad sexual al llegar a esta etapa del ciclo vital. Master & Johnson (1978, como se citó en Herrera, 2004) niegan que exista un punto en la vida en el que la vida sexual desaparezca, y que ésta es tan importante para la calidad de vida en la población anciana como en el resto de edades (Guadarrama et al., 2010). Si bien en la tercera edad la actividad sexual puede disminuir, es posible que no se deba tanto a la vejez en sí, sino a la cohorte generacional; la parte más joven de la sociedad actual se involucra en prácticas sexuales más variadas que la parte más mayor. Por ejemplo, en el estudio realizado por Delamater & Moorman (2007), menos del 50% de los sujetos de entre 45 y 49 años reportaron no haber practicado sexo oral nunca, frente al 75% de los participantes de más de 65 años. Por otro lado, la masturbación se vuelve una práctica frecuente entre las mujeres mayores a pesar de ser un tema tabú: un tercio de las mujeres de 70 años y la mitad de las de más de 50 lo practican según Vásquez-Bronfman (2006, como se citó en Freixas et al., 2010). Este hecho es importante, pues el autoerotismo en ocasiones puede ser la principal o la única forma de placer (Freixas et al., 2010). De hecho, según el estudio realizado por Delamater & Moorman (2007) aquellas personas que no tenían pareja se masturbaban con más frecuencia que los que sí la tenían. Son muchos los estudios, por tanto, que abalan que las personas mayores sienten placer y tienen relaciones al igual que el resto de la población (Guadarrama et al., 2010) y que la capacidad del deseo sexual no disminuye con la edad (Freixas et al., 2010).

Es constatable que las necesidades interactivas y afectivas, (Guadarrama et al., 2010) y el interés y la actividad sexual no desaparecen una vez se llega a la vejez, aunque

los problemas sexuales en esta etapa sean habituales (Moreira et al., 2005) y aunque la frecuencia de la actividad sexual disminuya a medida que se avanza en la edad (Delamater et al., 2008). La población anciana se caracteriza por la gran heterogeneidad que presenta, y, por lo tanto, son numerosas las diferencias individuales que encontramos en la vivencia de la sexualidad a estas edades (Freixas et al., 2010). Es decir, que lo que ocurre en todo caso en la sexualidad durante la vejez es que esta se transforma y evoluciona según las características individuales de la persona (Cerquera Córdoba et al., 2013; Guadarrama et al., 2010; Velandia, 2007); el envejecimiento exitoso pasa por la adaptación a los cambios que surgen durante el proceso (Velandia, 2007). Así, por ejemplo, el tiempo que se puede dedicar a la pareja durante esta etapa del ciclo vital es en general mucho mayor y esta privacidad puede ser una gran oportunidad para aumentar la actividad sexual (DeLamater & Koepsel, 2015; Orte Socías et al., 2015; Velandia, 2007).

Recogiendo la idea de que la sexualidad no se limita a la genitalidad, acciones como las caricias, los halagos, los besos o los abrazos pueden cobrar mayor significado en esta etapa de la vida (Velandia, 2007). Dicho de otra manera, el apego emocional y otras manifestaciones de afecto sustituirán a aquellas expresiones sexuales que, en ocasiones, se ven reducidas durante estas edades (DeLamater & Koepsel, 2015). Para poder entender la disminución del interés sexual en la tercera edad es necesario ampliar la mirada más allá de la dimensión biológica, y tener en cuenta, por ejemplo, que los mensajes negativos del entorno pueden incidir en cómo la mujer resignifica su deseo sexual una vez pasada la menopausia (Freixas et al., 2010). Asimismo, la sexualidad se sitúa en un continuo en donde influye cómo se vivió ésta en otras etapas del ciclo vital (Freixas et al., 2010). Masters & Johnson (1970, como se citó en Iacub & Sabatini, 2001) coinciden al afirmar que “el mejor predictor de la sexualidad humana es el nivel de actividad sexual en los años tempranos”.

El deseo sexual es la motivación que elicitada la conducta sexual y que permite el disfrute de la misma; por ello, se relaciona con la frecuencia de la actividad sexual en las personas mayores (DeLamater & Koepsel, 2015). En el deseo sexual intervienen factores físicos, emocionales, cognitivos, conductas aprendidas y experiencias pasadas, definiéndose como el interés en la actividad sexual (Delamater & Moorman, 2007; Freixas et al., 2010). Los estudios arrojan resultados muy dispares en cuanto a la relación entre la edad y el deseo sexual, lo que lleva a pensar que son otras variables, y no tanto la edad, lo que influye en el deseo sexual (como, por ejemplo, las circunstancias en las que

se encuentra la pareja, la salud o el estrés) (DeLamater & Koepsel, 2015). Problemas médicos, fármacos o la falta de información sobre las posibles prácticas sexuales placenteras son factores que inciden en la disminución del deseo sexual (Rheaume & Mitty, 2008). De este modo, por ejemplo, el deseo sexual de las mujeres mayores está fuertemente ligado a factores emocionales, siendo para ellas el compromiso afectivo y la atracción junto al placer físico componentes muy importantes y perdiendo el deseo sexual, por tanto, cuando no se sienten valoradas o respetadas, o cuando el placer físico se ve mermado (Freixas et al., 2010).

La salud sexual en los ancianos es un factor importante al constituir un factor modulador en el bienestar psicológico que contribuye al envejecimiento exitoso (Morell-Mengual et al., 2018). Además, la sexualidad no solo aumenta el bienestar psicológico, sino que también puede llegar a disminuir aquellos problemas de salud física y mental que aparecen ligados al proceso de envejecimiento (DeLamater & Koepsel, 2015). Recogiendo la idea anteriormente expuesta de que para haber salud sexual la persona debe tener un mínimo conocimiento sobre la misma (Taylor et al., 2017), es significativo que la falta de educación sexual en la población anciana se traduce en el aumento de casos de VIH en la misma (Rheaume & Mitty, 2008). Asimismo, la disminución del uso del preservativo con la edad y el hecho de que tener una pareja estable aumente también el número de relaciones sexuales sin preservativo se traduce en un incremento de probabilidades de contraer una infección de transmisión sexual (Taylor et al., 2017). Se le suma la tendencia en el imaginario social a asociar el VIH con la juventud, lo que provoca que las campañas de prevención no vayan dirigidas a las personas mayores y que, de esta manera, éstos no se perciban a sí mismos en riesgo (Gracia Ibáñez, 2011). Por otra parte, las terapias antirretrovirales de alta actividad han permitido que las personas con el VIH/SIDA puedan vivir hasta la vejez; se estima que las personas con SIDA en los EE. UU. mayores de 50 años han aumentado un 60% en solo cuatro años (Emlet, 2007). Como consecuencia de las diferencias en la transmisión del VIH, así como de los factores de riesgo, la población de personas mayores infectadas es muy heterogénea (Brennan-Ing, 1999).

El estigma de la vejez se suma al del VIH, presentando así una doble discriminación hacia estas personas que repercute gravemente en su bienestar psicológico (Brennan-Ing, 1999). Afecta a su calidad de vida provocando problemas tanto interpersonales como psicosociales, tales como daños en la autoimagen, sentimientos de



vergüenza, culpa, miedo, ira y de autodesprecio, pudiendo aparecer incluso síntomas depresivos (Emlet, 2007). Así, muchas mujeres mayores con VIH presentan restricciones en su sexualidad debido al miedo al estigma y a la discriminación relacionada con la misma, pudiendo esto incidir en la disminución del placer y de la excitación sexual (Taylor et al., 2017). Sin embargo, es importante señalar que estas personas mantienen tanto el deseo como la capacidad sexual, siendo para ellas el placer sexual y la intimidad dos factores importantes en sus vidas (Taylor et al., 2017).

Queda clara la importancia de atender al carácter multifactorial de la sexualidad en las personas mayores, y no solo centrarse en las disfunciones sexuales desde un punto de vista medicalizado (Freixas et al., 2010). Así, a continuación, se expondrán los factores psicológicos, sociales y biológicos más importantes que inciden en la sexualidad durante la tercera edad.

### ***Dimensión Psicológica***

En la sexualidad del adulto mayor influyen tanto las actitudes y las expectativas del contexto, como factores individuales psicológicos. Estos factores, en ausencia de impedimentos físicos para las relaciones sexuales, pueden provocar la disminución e incluso el cese de la actividad sexual en la tercera edad (Alonso Valera et al., 2004). En primer lugar, cabe destacar que una de las razones por las cuales las personas de avanzada edad se distancian de su propia sexualidad son los sentimientos de vergüenza y culpa que les produce el tener deseos sexuales a causa de los mitos que existen en torno a su sexualidad, tal y como se ha expuesto anteriormente (Alonso Valera et al., 2004). La inhibición aprendida se refiere a la relación existente entre el deseo sexual y los sentimientos negativos que dificultan la satisfacción sexual (Iacub & Sabatini, 2001). Así, la actitud hacia la sexualidad se presenta como un factor influyente en la frecuencia de las relaciones sexuales.

Asimismo, los significados que los ancianos le den a los cambios que sufren son importantes e influyen en su sexualidad (DeLamater & Koepsel, 2015; Velandia, 2007). Como se ha mencionado anteriormente, la sexualidad en nuestra sociedad está relacionada con el modelo joven, atractivo y lleno de vitalidad, lo que provoca que los cambios físicos que se producen durante la adultez y la vejez suelen ser vividos de forma negativa; aceptar estos cambios es un reto que se les presenta a las personas mayores

(Velandia, 2007) puesto que, además, compararse con la juventud como grupo de referencia puede dar lugar a una visión de pérdida de habilidades y deterioro físico, provocando así una mayor insatisfacción sexual (Delamater & Moorman, 2007).

Existen diferencias en cuanto al género. Por un lado, la mujer mayor suele experimentar de forma negativa los cambios asociados al proceso de envejecimiento debido a que otorga mucha importancia a su atractivo físico (Alonso Valera et al., 2004; Herrera, 2004). Los hombres, por su parte, suelen vivir de manera negativa la incapacidad de tener una erección o bien de mantenerla, mientras que las mujeres se sienten responsables de ello, vivenciando también de manera negativa este fenómeno (DeLamater & Koepsel, 2015). Esto se debe a que el contexto cultural actual relaciona el rendimiento sexual de los hombres con la productividad de su pene y, como consecuencia, al envejecer tienden a pensar que no son competentes sexualmente al no rendir como lo hacían durante su juventud (Delamater & Moorman, 2007). A su vez los hombres tienden a otorgar mayor importancia a las relaciones sexuales coitales que las mujeres, y estas últimas le conceden mayor relevancia a la cercanía emocional, pues afirman que les ayuda a alcanzar una mayor excitación, lubricación y orgasmos más frecuentes (DeLamater & Koepsel, 2015; Orte Socías et al., 2015).

De esta manera, la actitud negativa hacia los cambios físicos en la respuesta sexual de ambos géneros unida a la falta de conocimiento sobre los mismos puede generar un círculo vicioso: en los hombres, el período refractario más largo les puede producir ansiedad, lo que a su vez empeora la respuesta sexual. En las mujeres, las molestias derivadas de la sequedad vaginal les produce ansiedad anticipatoria, aumentando así las molestias durante la relación sexual (Alonso Valera et al., 2004). Por el contrario, una actitud positiva hacia la sexualidad, así como tener una relación satisfactoria, se asocia con una mayor frecuencia de actividad sexual en ambos géneros (Delamater & Moorman, 2007).

La monotonía en la sexualidad también puede ser uno de los factores explicativos de la disminución de la actividad sexual según se avanza en la edad (Delamater & Moorman, 2007). Así, Kinsey (1949, como se citó en Iacub & Sabatini, 2001), también apuntó cómo el aburrimiento derivado de la rutina influía en la reducción de la actividad sexual de los mayores, al igual que la falta de experiencia en otras técnicas, formas de contacto y situaciones distintas a las habituales. La falta de flexibilidad cognitiva a la hora de replantearse otro tipo de prácticas sexuales además de la penetración puede influir en este

sentido, así como la socialización en la mujer que le lleva a no adoptar la iniciativa en el ámbito sexual (Alonso Valera et al., 2004).

La salud mental es otro factor importante en la sexualidad durante la vejez. Altos niveles de ansiedad se relacionan con la falta de interés sexual en ambos géneros; en las mujeres se correlaciona con un aumento de la anorgasmia y falta de placer, mientras que a la población masculina le afecta en mayor medida la depresión (DeLamater & Koepsel, 2015; Moreira et al., 2005). En muchas ocasiones, la disfunción sexual aparece a causa de un factor psicológico, siendo la depresión el más frecuente, responsable del 10% de los casos (Alonso Valera et al., 2004). Es importante aclarar que probablemente la relación entre la depresión y los problemas sexuales puede ser bidireccional, y tampoco podemos perder de vista la posible influencia de los fármacos antidepresivos (Moreira et al., 2005). Por su parte, Helen Singer Kaplan defendía que las disfunciones sexuales no siempre eran consecuencia de trastornos psicopatológicos, sino que éstos podían derivar de problemas más “sencillos” como expectativas de fracaso, humillaciones o exigencias inalcanzables entre otros (Iacub & Sabatini, 2001).

### ***Dimensión Social***

Como se ha visto anteriormente, las expectativas y los estereotipos culturales juegan un papel importante en cómo las personas mayores viven su sexualidad (Freixas et al., 2010). Los estereotipos sociales sumados a la falta de educación sexual provocan que las personas pertenecientes a la tercera edad incorporen a su propio sistema de creencias dichos estereotipos, provocando, por ejemplo, que tomen la llegada la menopausia y con ella la incapacidad de reproducirse, como el cese de la actividad sexual (Freixas et al., 2010). Masters & Johnson (1976, como se citó en Iacub & Sabatini, 2001), también coinciden en la idea de cómo la socialización represiva influye de manera negativa en la sexualidad de los adultos mayores, así como puede achacarse a una mala praxis de los profesionales que trabajan con ellos. De la misma manera, la actitud de los propios hijos hacia la sexualidad en la tercera edad es muy importante. Si ésta es negativa, pueden llegar a rechazar y a ridiculizar a sus padres, perjudicando la sexualidad de la pareja mayor (Freixas et al., 2010; Velandia, 2007).

Por otro lado, las relaciones de pareja aumentan la salud tanto física como mental, pues aportan apoyo instrumental, emocional y social (Blieszner, 2006, como se citó en

DeLamater & Koepsel, 2015) y, en la tercera edad, cobran mayor importancia (DeLamater & Koepsel, 2015). De hecho, una de las razones por las cuales las personas mayores descartan el divorcio es el miedo a quedarse solteros y/o solos (Delamater et al., 2008). Así, el estado civil (casado, conviviente, soltero divorciado o viudo) y la satisfacción dentro de la pareja son dos de las fuentes principales que influyen en la frecuencia de la actividad sexual (DeLamater & Koepsel, 2015). Aquellos adultos mayores que tienen pareja mantienen relaciones sexuales con mayor frecuencia que los que no la tienen (Lindau & Gavrilova, 2010), además de presentar una actitud más liberal hacia la sexualidad (Morell-Mengual et al., 2018). Cabe destacar ciertos factores dentro de la pareja que pueden incidir en la sexualidad de sus miembros; además de la monotonía instalada por el paso del tiempo y una actitud cerrada hacia la sexualidad donde solo se concibe la penetración como práctica sexual, mencionadas anteriormente, la falta de habilidades o los problemas de salud en alguna de las partes también influyen (Freixas et al., 2010). Asimismo, los problemas de comunicación dentro de la pareja también pueden incidir de forma negativa en la actividad sexual de la persona mayor (Alonso Valera et al., 2004). No obstante, la disminución en la frecuencia de la actividad sexual en personas mayores está más relacionada con aquellos individuos que van perdiendo a sus parejas, no teniendo tanto que ver con que las parejas sexualmente activas vayan disminuyendo de forma gradual su actividad sexual a medida que envejecen (Delamater et al., 2008).

La viudez es por tanto uno de los factores más influyentes en la interrupción de la actividad sexual. Tras el fallecimiento de la pareja puede darse lo que se denomina como “síndrome de la viudedad”. Un duelo no resuelto, sentimientos de culpabilidad o expectativas incumplidas pueden incidir de forma negativa en la respuesta sexual del anciano (Alonso Valera et al., 2004; Rheume & Mitty, 2008). Destacan las diferencias en cuanto al género pues, no solo hay más viudas que viudos (Delamater et al., 2008), sino que además las mujeres que perdieron a su pareja presentan más dificultades para volver a empezar una relación (Herrera, 2004). Una de las causas de este fenómeno es que la sociedad espera que las ancianas viudas se queden solas, no estando bien visto que vuelvan a tener una nueva pareja. Como consecuencia, existe un imperativo sobre ellas conducente a la soledad sin contar con esa importante fuente de apoyo emocional (Cerquera Córdoba et al., 2013). Asimismo, ellas tampoco se muestran dispuestas por lo general a mantener sexo sin compromiso (Freixas et al., 2010).

Velandia (2007) apunta que el modo de afrontar la jubilación también va a ser un factor influyente en cómo la persona viva su sexualidad durante esta etapa del ciclo vital. Para las personas que interpreten el cese de su actividad laboral como un momento de descanso y de tranquilidad, ésta será una oportunidad para afianzar la pareja. Por el contrario, la sexualidad puede verse negativamente afectada cuando la jubilación supone una pérdida de ingresos y una disminución de su red social. Cabe subrayar la palabra “oportunidad” previamente escrita, puesto que, en ocasiones, el hecho de pasar más tiempo en pareja no da lugar al afianzamiento de la pareja, sino más bien a la génesis de nuevos conflictos al aumentar el tiempo de convivencia (Velandia, 2007). De nuevo, el envejecimiento exitoso, y con él la sexualidad en la tercera edad, pasa por la adaptación a los cambios que se dan durante este período.

El lugar de residencia y las condiciones del mismo también inciden en la sexualidad de los mayores, pues tanto aquellos que viven en residencias, como aquellos que conviven con sus hijos carecen de privacidad y de intimidad, lo que se presenta como un obstáculo en su sexualidad (Freixas et al., 2010). Las residencias de ancianos no facilitan que éstos tengan momentos íntimos, por lo que los residentes pueden ser interrumpidos en cualquier momento del día (Rheaume & Mitty, 2008). Así, según el estudio realizado por Morell-Mengual et al. (2018), los ancianos que no vivían en una residencia puntuaban más alto tanto en bienestar psicológico como en una actitud liberal hacia la sexualidad. Además, los profesionales que trabajan en estas instituciones suelen ver las expresiones de la sexualidad de los ancianos como conductas problemáticas (Rheaume & Mitty, 2008), poniendo de esta manera trabas a las relaciones afectivo-sexuales de los residentes (Freixas et al., 2010). Este hecho es debido en gran parte a que los profesionales de la salud que trabajan con ancianos no se libran de los estereotipos y los mitos que existen en torno a la sexualidad en la tercera edad (Rheaume & Mitty, 2008).

Es necesario conocer las necesidades sexuales de los ancianos que viven en residencias para poder hacer las adaptaciones oportunas que protejan los derechos de los mismos y de los demás; la masturbación en público, el exhibicionismo, comentarios sexuales inapropiados, etc. son algunos comportamientos problemáticos que pueden darse en estos lugares y exigen una evaluación multidisciplinar para establecer qué necesidad tiene la persona en cuestión y cómo puede abordarse. El aburrimiento o la soledad son dos condiciones que pueden dar lugar a este tipo de comportamientos

sexualizados (Rheume & Mitty, 2008). Es primordial ofrecer un nivel de privacidad acorde a las necesidades individuales de cada residente (Rheume & Mitty, 2008).

Una alternativa para mejorar la sexualidad en la tercera edad es el modelo PLISSIST. Se compone de dos partes: en la primera se pide permiso a la persona para hablar sobre su sexualidad, empoderando de esta manera a la persona y rebajando sentimientos de ansiedad o culpa. La segunda consiste en normalizar y validar los pensamientos, sentimientos y fantasías de la persona, siempre y cuando estos no dañen a terceros (Rheume & Mitty, 2008).

### ***Dimensión Biológica***

La salud física es un elemento importante al hablar de sexualidad en la tercera edad pues, tal y como indican Lindau & Gavrilova (2010), la salud está relacionada de forma positiva con la sexualidad dentro de la pareja, la frecuencia de la actividad sexual y la calidad de esta. Además, estos autores encontraron que la esperanza de vida de la actividad sexual era menor en hombres que en mujeres debido a la peor salud que ellos padecían. Consecuentemente, la actividad sexual puede verse influenciada de forma negativa por el consumo de sustancias tales como alcohol y tabaco, por el descuido personal, el sedentarismo o malos hábitos alimenticios (Velandia, 2007). Algunas enfermedades (como la cardiopatía isquémica, la diabetes o el cáncer) influyen en la sexualidad durante la vejez (Velandia, 2007). Concretamente, existe una asociación entre la depresión, la hipertensión y la diabetes con las dificultades en la erección (Moreira et al., 2005). Además, determinadas condiciones médicas que afecten de forma negativa a la movilidad y a la resistencia, como es el caso de la artritis, puede limitar la actividad sexual, así como hacer incómodas algunas posiciones (Rheume & Mitty, 2008). No obstante, el mantenimiento de una vida sexual activa puede aportar beneficios en el transcurso de estas enfermedades (Velandia, 2007).

Por otra parte, los fármacos que más se consumen en esta etapa y que pueden afectar negativamente al comportamiento sexual son los tranquilizantes, los antihipertensivos, los diuréticos, los antidepresivos tricíclicos, los IMAO, los antipsicóticos y los anticolinérgicos (Velandia, 2007). De la misma manera, Delamater et al. (2008) nos pone en preaviso de los posibles efectos secundarios sobre la sexualidad derivados de la toma de ciertos medicamentos para los trastornos mentales. Por ejemplo, los antidepresivos

pueden provocar disminución de la libido y anorgasmia en la mujer, o disfunción eréctil en el hombre (Alonso Valera et al., 2004). Determinadas operaciones también pueden influir en la conducta sexual, como la alteración corporal derivada de la mastectomía en las mujeres (puede generar apatía en ellas) o la prostatectomía en los hombres (pérdida del deseo sexual). En estos casos es importante un acompañamiento psicológico tanto antes como después de la intervención, en donde se recoja tanto a la pareja, como a la familia (Velandia, 2007).

Mención aparte merece la sexualidad en personas con enfermedades incapacitantes como el Alzheimer. Estos pacientes pueden advertir, bien un aumento, bien una pérdida completa del interés sexual, siendo la hipersexualidad un fenómeno raro, pero tratable (Rheume & Mitty, 2008). En los casos donde la toma de decisiones de forma libre y autónoma puede verse comprometida, es necesario evaluar la comprensión de la persona sobre las intenciones del otro y sobre la intimidad y actividad sexual. Cuando se carezca de esta comprensión, se hace necesaria la protección para evitar posibles abusos sexuales (Rheume & Mitty, 2008).

Al llegar a la tercera edad, se producen una serie de cambios en la respuesta sexual femenina que aparecen de forma gradual y no tienen por qué darse en todas las mujeres (Alonso Valera et al., 2004). El deseo sexual pobre, la sequedad vaginal, las dificultades para llegar al orgasmo y el dolor durante la relación sexual son frecuentes en las mujeres ancianas sexualmente activas y se asocian a una disminución de la satisfacción sexual (Carpenter & Nathason, 2009, como se citó en Lindau & Gavrilova, 2010). Concretamente en España, según el estudio de Moreira et al. (2005), los problemas sexuales más prevalentes entre las mujeres son la falta de interés sexual, la incapacidad para llegar al orgasmo y la falta de placer en el sexo. Además, encontraron que la prevalencia de estas dificultades en España es mucho mayor que en otros países europeos. La disminución en la frecuencia de los orgasmos en las mujeres se debe en parte a los cambios hormonales, pero éstos no son los únicos responsables, sino que también lo son las alteraciones en la imagen corporal, las dificultades en las relaciones tanto conyugales como familiares y determinadas condiciones médicas (Rheume & Mitty, 2008). La sequedad y la atrofia vaginal también se deben a la caída de los niveles de estrógenos derivada de la disminución funcional de los ovarios durante la menopausia y, si bien es cierto que los síntomas graves como el picazón en la vulva y vagina y la dispareunia pueden llevar a una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales coitales o

incluso a su cese, los efectos producidos por las alteraciones hormonales pueden ser, en ocasiones, tratables (DeLamater & Koepsel, 2015). Asimismo, el uso de lubricantes se presenta como una buena opción para contrarrestar estos efectos (Rheaume & Mitty, 2008). Por lo tanto, todos estos cambios no implican que la mujer sea incapaz de mantener relaciones sexuales (Lindau & Gavrilova, 2010), ni que la vejez sea un factor que por sí mismo disminuya el interés sexual (Guadarrama et al., 2010).

Dentro de los cambios en la respuesta sexual masculina, se comprueba que las consecuencias de la disminución de testosterona en los hombres son mucho menores que las generadas por la disminución de estrógenos en las mujeres, debido a que se produce de una forma todavía más gradual. Dentro de dichas consecuencias, encontramos erecciones más lentas y menos firmes, menor posibilidad de llegar al orgasmo y un período refractario más prolongado (Aubin & Heiman, 2005, como se citó en DeLamater & Koepsel, 2015). Según el estudio realizado por Moreira et al., (2005) en España, la eyaculación precoz es el problema sexual más prevalente entre los hombres, seguido por la falta de interés sexual y la incapacidad para llegar al orgasmo.

Los hombres mayores necesitan mayor estimulación física y más tiempo para lograr la erección y, debido a la falta de educación sexual, muchos ancianos creen tener una disfunción eréctil cuando en realidad lo que experimentan es un cambio normal relacionado con el proceso de envejecimiento (Rheaume & Mitty, 2008). La disfunción eréctil es “la incapacidad permanente para iniciar o mantener una erección suficiente”, y afecta de manera negativa a los varones que la padecen. La edad es un factor importante en su aparición y, de hecho, afecta a más de la mitad de los hombres mayores de 60 años (Pietro Castro et al., 2010). Dentro de las causas más frecuentes de la disfunción eréctil encontramos enfermedades vasculares (relacionadas con la hipertensión, la diabetes, el colesterol alto y el tabaquismo), causas neurológicas (como lesiones en la médula espinal y el Parkinson), y problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión (Rheaume & Mitty, 2008). Aunque la disfunción eréctil puede llegar a disminuir e incluso cesar las relaciones sexuales coitales y la satisfacción sexual, gracias a los medicamentos existentes para tratar la misma, la vida sexual activa en la población mayor se alarga (Lindau & Gavrilova, 2010).



### **Tercera Edad y el Colectivo LGTB**

Al igual que la población en general envejece, la cantidad de adultos mayores LGTB también aumenta, aunque, debido a los problemas conceptuales en torno a la orientación sexual, a la dificultad que estas personas presentan para hablar abiertamente de su orientación o identidad sexual y a la falta de estudios sobre el tema, estimar el porcentaje de adultos mayores LGTB se hace una tarea difícil (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Las personas mayores LGTB tienen que lidiar con una doble discriminación: el edadismo y la homofobia/transfobia, lo que les sitúa en una posición altamente vulnerable hasta el punto de que, en algunos casos, pueden llegar a ser víctimas de maltrato familiar y/o institucional (Gracia Ibáñez, 2011). En el caso de mujeres lesbianas mayores puede hablarse de triple discriminación (Freixas et al., 2010; Gracia Ibáñez, 2011). La población anciana LGTB está silenciada, invisibilizada y, por ende, olvidada por parte de la sociedad. Esta discriminación provoca: uno, que los derechos de estas personas se vean gravemente comprometidos (Gracia Ibáñez, 2011); y dos: repercute de forma negativa en su ajuste psicosocial (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Actualmente, a pesar de los avances en cuanto a la visibilización de la comunidad LGBT, sigue predominando un modelo homosexual de clase media y joven, dejando de lado a todo aquel que no encaje en ese paradigma, como sería el caso de los ancianos (Gracia Ibáñez, 2011). Es decir, que gran parte de las comunidades LGTB se encuentran divididas según la edad debido a los estereotipos existentes en torno a la vejez (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Sin embargo, las necesidades de las personas mayores LGTB difieren de las de la parte más joven del colectivo, y éstas han sido ignoradas por parte de las instituciones, lo que plantea una seria urgencia de cara a realizar más estudios en torno a este grupo poblacional concreto (Orel, 2014).

Para poder comprender la vida de este grupo poblacional es necesario tener en cuenta las características sociales y culturales que gobernaban en la época en las que estas personas alcanzaron su mayoría de edad (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). La cohorte generacional de personas mayores LGTB actual no pudo vivir su sexualidad de forma libre durante su juventud (Gracia Ibáñez, 2011; Orel, 2014), pues no fue hasta la revolución de Stonewall, en la década de los 60, cuando se comenzó a visibilizar y a respetar al colectivo LGTB (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Como consecuencia, estas personas han pasado gran parte de su vida ocultando su orientación sexual o su identidad de género (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010) y, a pesar de los cambios

sociales de los últimos años, la primera forma de discriminación que sigue sufriendo el colectivo LGTB es la invisibilización (Gracia Ibáñez, 2011). La invisibilización conlleva que estas personas hayan carecido de referentes que les hayan ayudado a comprender e integrar su orientación sexual y, como consecuencia, muchos de ellos no han podido vivir su sexualidad de forma plena (Gracia Ibáñez, 2011). Es significativo que el miedo a que el entorno conozca la orientación sexual real disminuye en la tercera edad en muchos casos; posiblemente debido a la relación de este miedo con la seguridad en el trabajo, por lo que se reduciría considerablemente al llegar la jubilación (Alonso Valera et al., 2004).

Las primeras investigaciones sobre la comunidad LGTB anciana estuvieron enfocadas en desmitificar dos creencias altamente extendidas: la primera, que este grupo poblacional estaba más deprimido; y la segunda, que presentaban un envejecimiento más rápido y complicado que la población heterosexual (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Tanto la sociedad general como la comunidad LGTB en particular conciben la persona de avanzada edad homosexual como alguien que va a morir en soledad (Gracia Ibáñez, 2011). Sin embargo, las personas mayores LGTB tienen a su alcance varios medios de apoyo, al contrario de lo que se piensa en el imaginario social (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Es cierto que las personas mayores LGTB presentan más dificultades a la hora de relacionarse con personas de su mismo colectivo, al igual que mayor probabilidad de quedarse aisladas y de adquirir comportamientos sexuales de riesgo (DeLamater & Koepsel, 2015). Además, los adultos mayores LGTB pueden sufrir el rechazo por parte de sus familias debido a su orientación o identidad sexual, lo que puede provocar la pérdida de relación con ellas y así, la pérdida de uno de los factores protectores más importantes en el proceso de envejecimiento (Gracia Ibáñez, 2011). Algunos de los elementos que contribuyen a un envejecimiento exitoso de las personas LGTB son una identidad positiva, buenos recursos socioeconómicos, la posibilidad de acceso a los servicios de salud, tener apoyo comunitario y vivir de forma abierta la propia orientación sexual (lo que se asocia a su vez con una autoestima positiva y una mayor satisfacción con la vida) (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010).

En cuanto las similitudes que se encuentran entre la población anciana LGTB y el resto de las personas pertenecientes a la tercera edad, en primer lugar, conviene apuntar que los adultos mayores LGTB, al igual que quienes forman parte de la normatividad, son sexualmente activos y presentan una mejor salud al encontrarse en pareja (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Asimismo, las personas mayores LGTB también reportan

cambios en la expresión sexual, dando mayor importancia a conductas más afectivas como darse la mano, abrazarse o dormir juntos (DeLamater & Koepsel, 2015). Independientemente de la orientación o de la identidad sexual, las personas mayores muestran la necesidad de poder comunicar su sexualidad al resto de forma libre, así como de poder mantener relaciones sexuales sanas (DeLamater & Koepsel, 2015). Por otra parte, en el ámbito de la salud, no hay distinciones significativas en cuanto a la disminución del funcionamiento cognitivo (diferencias que sí se encuentran al comparar por género) ni en cuanto al ejercicio físico ni a los hábitos alimentarios (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010).

Aunque son muchas las similitudes entre la sexualidad de la población heterosexual y LGTB en la tercera edad, hay investigaciones que indican la presencia de diferencias en cuanto a la capacidad para expresarla. Tal y como se ha expuesto, muchas personas mayores LGTB han sido discriminadas por pertenecer a este colectivo durante su juventud, lo que puede dificultar que comuniquen a su entorno su verdadera orientación o identidad sexual (DeLamater & Koepsel, 2015). El maltrato dentro del seno familiar cuando la víctima es una persona mayor homosexual o trans, difiere de cuando éste se da contra una persona mayor heterosexual: suele haber más dificultades a la hora de denunciar, el aislamiento social es mayor (lo que provoca mayor dependencia a la persona) y la orientación sexual o la identidad de género puede ser utilizada como un arma más por el maltratador (Gracia Ibáñez, 2011).

Por otro lado, muchos autores coinciden a la hora de afirmar que las personas mayores LGTB son más competentes a la hora de afrontar crisis y cambios, además de contar con un mayor grado de resiliencia y de independencia, debido al hecho de formar parte de este grupo estigmatizado (Gracia Ibáñez, 2011). Haber manejado el estigma por la propia orientación o identidad sexual desde la juventud provoca que éstos adquieran las habilidades necesarias para gestionar de forma más eficaz el estigma que presenta la vejez (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010; Orel, 2014). Dicho con otras palabras, los adultos mayores LGTB tienden a aceptar mejor el proceso de envejecimiento que el resto de ancianos, aunque determinados estudios reportan que la tensión acumulada derivada de ese estigma puede provocar el efecto contrario en algunos casos: una mala gestión del proceso de envejecimiento (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010).

En cuanto a la salud, la soledad, una autoestima negativa, actitudes homófobas interiorizadas y haber sido víctima de discriminación por la propia orientación sexual inciden de forma negativa en la salud mental de las personas mayores LGTB al relacionarse con tasas más altas de intentos de suicidio, de pensamientos suicidas y de abuso de drogas (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). La salud de las personas transexuales, por su parte, puede verse agravada por haber utilizado de forma inadecuada, excesiva o no controlada tratamientos orientados a cambiar su imagen durante la juventud. No obstante, no hay aún suficientes datos sobre las consecuencias exactas (Gracia Ibáñez, 2011). Además, las personas mayores LGTB presentan más dificultades que el resto a la hora de acudir a los profesionales de la salud; muestran mayor desconfianza en el sistema, ya que éste los ha discriminado y patologizado durante años (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Se hace necesario, por tanto, que los profesionales de la salud que trabajan con personas ancianas cuiden su lenguaje, evitando en la medida de lo posible dar por hecho una orientación heterosexual del anciano a la vez que se pone la atención en señales que puedan esclarecer la orientación y/o identidad sexual de la persona que tienen en frente (Orel, 2014).

Dentro de la población anciana LGTB también existen diferencias en cuanto al género. En primer lugar, las mujeres mayores homosexuales tienen menos ingresos económicos que los hombres ancianos homosexuales. Sin embargo, la tendencia a la soledad de ellas es menor al tener más probabilidad de tener pareja, así como una red social más grande (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Asimismo, existen diferencias entre las mujeres ancianas homosexuales y heterosexuales. Las primeras tienden a aceptar mejor los cambios asociados al proceso de envejecimiento que las segundas (DeLamater & Koepsel, 2015; Freixas et al., 2010). A su vez, las mujeres homosexuales presentan, en general, una peor salud que las heterosexuales, no por la orientación sexual en sí, sino por las consecuencias de la misma: mayores tasas de consumo de drogas y estrés derivado de formar parte de una minoría estigmatizada (Gracia Ibáñez, 2011).

## **Discusión**

Entendemos desde el contexto europeo que la persona mayor es aquella que supera los 65 años, sin perder de vista que las fronteras de los grupos etarios son difusas (Fernández Ballesteros et al., 2004), y que el proceso de envejecimiento se viene dando

desde etapas anteriores (Fernández Brañas et al., 2001). A pesar de las numerosas definiciones que existen en torno a la tercera edad, todas coinciden en destacar la influencia multifactorial (biológica, psicológica y social) y la enorme variabilidad interpersonal que se da en ella. Así, el modelo biomédico es insuficiente para explicar la tercera edad, y, por ende, la sexualidad en este grupo poblacional (DeLamater & Koepsel, 2015). Sin embargo, el modelo biomédico es en gran parte responsable de la visión sobre la vejez que se tiene hoy en día (Fernández-Ballesteros, 2004), en donde se relaciona, equívocamente la tercera edad con la enfermedad (Alonso Valera et al., 2004). Desde la gerontología y el modelo biopsicosocial se pretende ampliar la mirada, tratando de dar una explicación más ajustada a la realidad. Los futuros estudios sobre el tema en cuestión deberían basarse en estos últimos, superando así el reduccionismo al que lleva el modelo biomédico.

El ser humano presenta necesidades afectivas durante todo el ciclo vital (Guadarrama et al., 2010) y es un ser sexuado (Córdoba et al., 2013; Velandia, 2007). Se entiende la sexualidad como un concepto no únicamente relacionado con la genitalidad, sino que abarca todas las expresiones sexuales (Cerquera Córdoba et al., 2013). Esto es primordial para poder entender la sexualidad en la tercera edad, puesto que en esta etapa del ciclo vital se dan numerosas transformaciones en las expresiones sexuales, cobrando mayor importancia otras manifestaciones de afecto (DeLamater & Koepsel, 2015) como pueden ser los halagos, los besos o los abrazos (Velandia, 2007). La salud sexual en la población anciana modula el bienestar psicológico que contribuye al envejecimiento exitoso (Morell-Mengual et al., 2018). Ésta recoge tanto una actitud positiva hacia la misma (Rheume & Mitty, 2008) como un conocimiento, al menos básico, sobre ella (Taylor et al., 2017), y como se ha podido comprobar a lo largo del trabajo, ambas necesidades apenas están cubiertas en los adultos mayores.

La cultura influye tanto en la sexualidad (Velandia, 2007; Vera-Gamboa, 1998), como en la tercera edad (Polo Luque & Martínez Ortega, 2001), generando numerosos mitos en torno a ambos. Los mitos sobre la sexualidad durante la vejez, resumibles en la creencia de que la sexualidad durante la vejez es imposible, por un lado, y antinatural e inmoral por otro (Velandia, 2007), acaban actuando como profecía autocumplida en los ancianos (Fernández-Ballesteros, 2004) disminuyendo en gran medida sus expectativas de satisfacción sexual y generando en ellos conductas de evitación hacia la intimidad (Rheume & Mitty, 2008). En muchos casos, la disminución de la actividad sexual se

debe a estas actitudes heredadas de estos mitos y no a impedimentos físicos (Alonso Valera et al., 2004), pues son numerosos los estudios que abalan que la capacidad sexual y el deseo no disminuyen con la edad (Freixas et al., 2010). Así, queda abordado el objetivo del trabajo, desmitificando la falsa creencia de que la sexualidad en la tercera edad no existe. Si bien es cierto que durante la vejez se dan numerosos cambios esperables en la respuesta sexual en ambos géneros que, en algunos casos, puede llegar a disminuir la frecuencia de la actividad sexual, como la sequedad y la atrofia vaginal en las mujeres (DeLamater & Koepsel, 2015) o las erecciones más lentas y la mayor dificultad de llegar al orgasmo en los hombres (Aubin & Heiman, 2005, como se citó en DeLamater & Koepsel, 2015). No obstante, estos cambios son naturales en el proceso de envejecimiento y no tienen por qué disminuir en el placer y la capacidad sexual (Masters & Johnson 1976, como se citó en Iacub & Sabatini, 2001).

Se puede comprobar así que la sexualidad en la tercera edad, al igual que en el resto de grupos etarios, es un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales interrelacionados. No se pueden separar estas dimensiones en parcelas, analizándolas como partes separadas; es necesario ver cómo se influyen entre sí, teniendo siempre presente que el todo es más que la suma de las partes. Por recoger algunos de los ejemplos expuestos a lo largo del trabajo, la falta de educación sexual provoca que muchos hombres asocien esos cambios normales a la disfunción eréctil (Rheume & Mitty, 2008). A su vez, la ausencia de educación sexual es en parte responsable, por un lado, de que los adultos mayores no acudan al médico ante la presencia de un problema sexual (Moreira et al., 2005) y, por otro, del aumento de adultos mayores con VIH (Rheume & Mitty, 2008). Es importante no perder de vista tampoco las relaciones bidireccionales que se dan entre problemas de salud mental, problemas sexuales y fármacos (Moreira et al., 2005)

Una visión holística y sin prejuicios es necesaria para poder entender esta realidad, y sólo conociendo cómo afecta en nuestra conducta los mitos y las falsas creencias, podremos acercarnos a una postura respetuosa para con la sexualidad de los más mayores. Los mitos existentes en torno a la sexualidad en la tercera edad influyen en la sociedad en general, creando numerosas actitudes discriminatorias por parte de la misma hacia las personas mayores (Fernández-Ballesteros, 2004). Por ejemplo, una actitud negativa de los hijos hacia la sexualidad durante la vejez, mediante posturas de rechazo o ridiculizando a la pareja mayor, puede afectar de forma negativa a la misma (Freixas et al., 2010; Velandia, 2007). Asimismo, los profesionales de la salud tampoco quedan al

margen de estos mitos y estereotipos (Rheaume & Mitty, 2008) y esto provoca, en parte, que los ancianos que viven en residencias no puedan vivir su sexualidad de forma libre y plena (Freixas et al., 2010). Se suma la falta de conocimiento de estos profesionales a la hora de establecer una línea base sobre la cual instaurar la salud y la conducta sexual de los adultos mayores (Delamater et al., 2008).

Todas estas trabas en la sexualidad de los ancianos se acentúan en aquellos pertenecientes al colectivo LGTB, población que va en aumento a medida que la sociedad envejece (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010). Este grupo poblacional se enfrenta a una doble discriminación (Gracia Ibáñez, 2011), que en el caso de las mujeres será triple (Freixas et al., 2010; Gracia Ibáñez, 2011). La invisibilización sigue siendo la primera forma de discriminación en este colectivo (Gracia Ibáñez, 2011). Si los estudios sobre la sexualidad en la vejez ya son de por sí escasos, aquellos enfocados en los adultos LGTB lo son mucho más.

En conclusión, se hace necesario realizar más estudios en torno a la vejez que no dejen de lado al resto de minorías sexuales, con el fin de dar respuesta a las necesidades de todos los adultos mayores. Estos estudios no han de estar enfocados únicamente a la disfunción, sino que deben adoptar una visión bio-psico-social, abarcando todos aquellos factores que incidan en la sexualidad de los adultos mayores. Asimismo, tal y como indica Moreira et al. (2005), para acabar con los mitos y las creencias erróneas sobre la sexualidad en la tercera edad (los cuales inciden de forma directa en los derechos sexuales de los adultos mayores) es esencial educar sexualmente tanto a la población anciana, como a los profesionales de la salud. Los profesionales de la salud que trabajen con personas mayores han de estar al tanto, además, de actitudes discriminatorias que pueden resultar en paternalismo hacia los mismos, respetando así sus opiniones, sus derechos, y ofreciendo una escucha activa a través de la cual podrá dar respuesta a las necesidades individuales que estos presenten. Es urgente analizar la sexualidad en la tercera edad de forma multidisciplinar, pues es un derecho sexual y un factor de calidad de vida que no está recibiendo la atención que merece.

### Referencias Bibliográficas

- Alonso Valera, J. M., Martínez Pascual, B., Díaz Palarea, M. D., & Calvo Francés, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos Revisión. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 150–157.
- Barriga Jiménez, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli*, 12, 91–111.
- Brennan-Ing, M. (1999). Diversity, stigma, and social integration among older adults with HIV. *European Geriatric Medicine*, 10, 239–246. <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0142-3>
- Carbajo Vélez, M. D. C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, 23, 237–254. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003504>
- Cerquera Córdoba, Ara M., López Ceballos, K. M., Núñez Forero, Y. P., & Porras Portela, E. A. (2013). Sexualidad femenina en la tercera edad. *Informes Psicológicos*, 13(2), 135–147. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1504>
- Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, Galvis Aparicio, M. J., & Cala Rueda, M. L. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychología: Avances de La Disciplina*, 6(2), 73–81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4924013>
- Delamater, J., Hyde, J. S., & Fong, M.-C. (2008). Sexual Satisfaction in the Seventh Decade of Life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 439–454. <https://doi.org/10.1080/00926230802156251>
- DeLamater, J., & Koepsel, E. (2015). Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Delamater, J., & Moorman, S. M. (2007). Sexual Behavior in Later Life. *Journal of Aging and Health*, 19(6). <https://doi.org/10.1177/0898264307308342>
- Emler, C. A. (2007). Experiences of Stigma in Older Adults Living With HIV/AIDS: A



- Mixed-Methods Analysis. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 21(10).  
<https://doi.org/10.1089/apc.2007.0010>
- Fernández-Ballesteros García, R., Dolores Zamarrón Casinello, M., Dolores López Bravo, M., Ángeles Molina Martínez, M., Díez Nicolás, J., & Montero López Rocío Schettini del Moral, P. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641–647. [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). LA PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ. *Encuentros Multidisciplinares*.
- Fernández Ballesteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 63–85.  
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/89259.pdf>
- Fernández Brañas, S., Almuiña Güemes, M., Alonso Chil, O., & Blanco Mesa, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 77–81.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A. (2010). Aging and Sexual Orientation: A 25-Year Review of the Literature. *Research on Aging*, 32(3), 372.  
<https://doi.org/10.1177/0164027509360355>
- Freixas, A., Luque, B., & Giménez, A. R. (2010). Secretos y silencios en torno a la sexualidad de las mujeres mayores. *Debate Feminista*, 42.  
<https://doi.org/10.22201/CIEG.2594066XE.2010.42.818>
- Gracia Ibáñez, J. (2011). Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGBT. Un supuesto específico: los malos tratos. *Papeles El Tiempo de Los Derechos*, 12.
- Guadarrama, R., Catalina, M., Zaragoza, O., Del Carmen, Y., Castillo, M., González, A., & Avilés, P. (2010). Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15(2), 72–79. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Herrera, A. (2004). Mitos y estereotipos en la sexualidad del adulto mayor. *Medwave*, 4(04). <https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2004.04.650>
- Iacub, R., & Sabatini, B. (2001). *Psicología de la mediana Edad y Vejez: Módulo 3*.

- Levy, B. R. (2003). *Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes*.  
<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/58/4/P203/523293>
- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ (Online)*, *340*(7746), 580. <https://doi.org/10.1136/BMJ.C810>
- Matud, M. P., & Concepción García, M. (2019). Psychological Distress and Social Functioning in Elderly Spanish People: A Gender Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16030341>
- Moreira, E. D., Glasser, D. B., Gingell, C., Brock, G., Buvat, J., Hartmann, U., Kim, S. C., King, R., Laumann, E., Levinson, B., Marumo, K., Nicolosi, A., & Simsek, F. (2005). Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: A population survey. *World Journal of Urology*, *23*(6), 422–429. <https://doi.org/10.1007/S00345-005-0035-1>
- Morell-Mengual, V., Ceccato, R., Nebot-García, J. E., Chaves, I., & Llarío, M. D. G.-. (2018). Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, *4*(1), 77–84.  
<https://doi.org/10.17060/IJODAEP.2018.N1.V4.1270>
- Orel, N. A. (2014). Investigating the Needs and Concerns of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults: The Use of Qualitative and Quantitative Methodology. *Journal of Homosexuality*, *61*(1), 53.  
<https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835236>
- Orozco Mares, I., & Rodríguez Márquez, D. D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*, *8*(1), 3–10.  
<http://redalyc.uaemex.mx>
- Orte Socías, C., Vives Barceló, M., & Sánchez Prieto, L. (2015). Amor y sexualidad en la vejez. La historia contada por sus protagonistas. In *Investigación en salud y envejecimiento. Volumen II* (ASUNIVEP, pp. 127–134).
- Pietro Castro, R., Campos Hernández, P., Robles Casilda, R., Ruíz García, J., & Requena

- Tapia, M. J. (2010). Epidemiología de la disfunción eréctil. Factores de riesgo. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 637–639.
- Polo Luque, M. L., & Martínez Ortega, M. P. (2001). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de Los Cuidados*, 10.
- Rheaume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342–349. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2008.08.004>
- Taylor, T. N., Munoz-Plaza, C. E., Goparaju, L., Martinez, O., Holman, S., Minkoff, H. L., Karpiak, S. E., Gandhi, M., Cohen, M. H., Golub, E. T., Levine, A. M., Adedimeji, A. A., Gonsalves, R., Bryan, T., Connors, N., Schechter, G., Wilson, T. E., & Taylor Tonya Taylor, T. N. (2017). “The Pleasure Is Better as I’ve Gotten Older”: Sexual Health, Sexuality, and Sexual Risk Behaviors Among Older Women Living With HIV. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1137–1150. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0751-1>
- Velandia, I. E. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances En Enfermería*, 25(2), 124–140. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12816>
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9(2), 116–121. <http://www.uady.mx/~biomedic/rb98927.html>
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>