

Dr. Gil Vicente **Sarmientos Brooks** *

Dr. Javier **Pagola Leyva** **

Dra. Lissette **Oramas Hernández** ***

Sexualidad EN EL ADULTO MAYOR

En el comienzo de este siglo se ha observado un incremento en la esperanza de vida. Hace 1000 años la persona vivía como promedio 25 años, en 1900 la esperanza de vida era de 35 años y desde entonces se ha duplicado.

El envejecimiento de la población, circunstancia que se debe a distintos factores, es un proceso que se presenta en Cuba y que cada vez ha cobrado mayor atención. Éste se acompaña, por lo general de enfermedades crónicas, y en numerosas ocasiones, de tal grado de minusvalía y dependencia, que produce sufrimiento para el propio paciente, así como a sus familiares.

Con los conocimientos actuales no es fácil definir el envejecimiento en términos biológicos, no disponemos de alguna teoría comprobada que explique este proceso. No obstante para el médico resulta de interés conocer los cambios que se producen en el organismo a medida que este envejece, aunque estén influenciados por otros muchos factores, además de la edad.

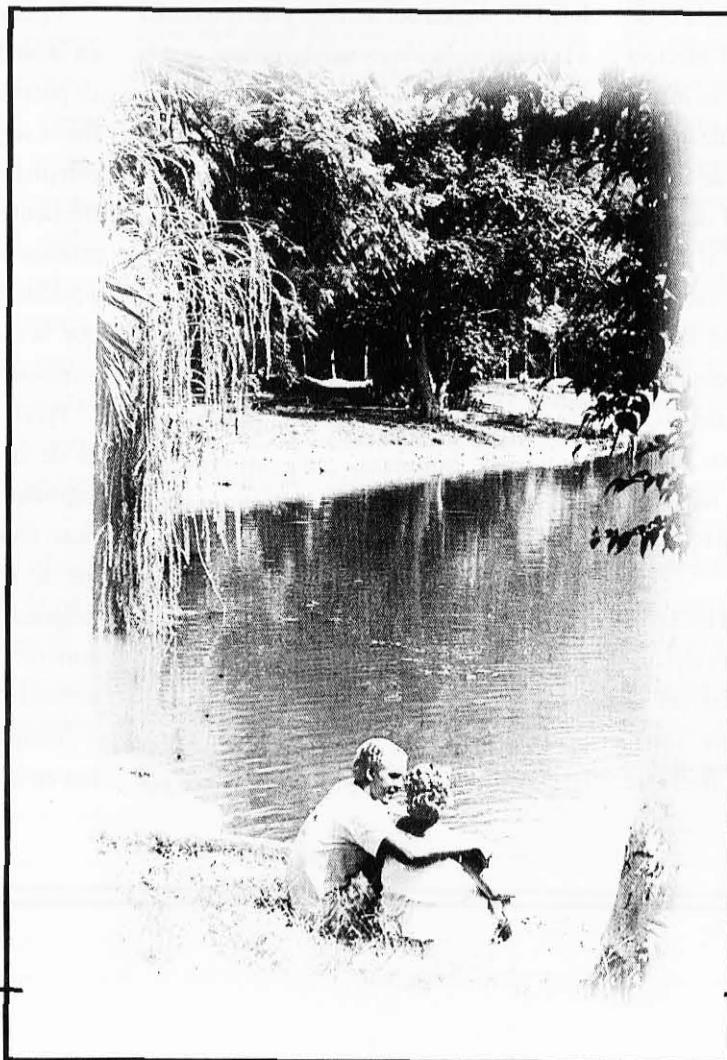
El tema de la influencia del envejecimiento sobre la actividades sexuales es un asunto de nuestro siglo. El hombre se ha enfrentado de forma súbita a una prolongación de su vida con escasos conocimientos de su capacidad fisiológica y un patrón cultural donde se integran rígidos conceptos

sobre sexo, transmitidos de otras generaciones y que muchas veces resultan falsos.

Uno de esos conceptos equivocados es el que plantea que la actividad sexual debe desaparecer en la edad avanzada y, por tanto, descartarla o tener fantasías sexuales, después de los 60 años, no es natural, fisiológico, moral o socialmente bien visto. Para muchas personas de ambos sexos resulta un factor de ansiedad llegar a la edad madura, lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual.

El desarrollo de la evolución fisiológica a través de las diferentes edades es el elemento básico de estas ideas.

La fisiología del ciclo de la respuesta sexual ha sido estudia-



da por Master y Johnson (1) dividiéndola en cuatro fases: Excitación, Fase de Meseta, Fase de Orgasmo y Fase de Resolución. Esta división aparentemente arbitraria da una base efectiva para la descripción detallada de las variaciones fisiológicas de la relación sexual, que pueden ser transitorias y aparecer solo en una de las fases del ciclo.

La primera fase, o Excitación, del ciclo sexual humano se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o, socogénica. El factor estimulante es de la mayor importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante el ciclo.

Si la estimulación es adecuada a la demanda individual, la intensidad de la respuesta aumenta por lo general con rapidez, y la fase de excitación resulta acelerada o corta. Si el estímulo no es efectivo, la fase de excitación puede prolongarse mucho o no producirse.

De la fase de excitación se pasa a la de meseta si la estimulación sexual efectiva continúa. En esta fase la tensión se intensifica y llega al máximo. Después de lo cual aparece el orgasmo. La duración de la fase de meseta depende de la calidad del estímulo empleado combinado con el factor de canalización individual para la culminación del incremento de la tensión sexual. Si el estímulo o la canalización son inadecuados o si el estímulo es interrumpido, la persona no llega al orgasmo y pasa, poco a poco, de la tensión de la fase de meseta a una fase de resolución excesivamente prolongada.

La fase de Orgasmo se limita a los escasos segundos durante los cuales la vasocongestión y la miotonía desarrolladas por el estímulo sexual son liberadas. Esta situación involuntaria se alcanza a un nivel que

representa el máximo de tensión sexual para cada situación particular. El comienzo subjetivo del orgasmo es pélvico y se concreta de modo específico en el clítoris, vagina y útero en la mujer y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre. Se experimenta subjetivamente una respuesta de todo el organismo a la tensión sexual. Hay variaciones en la duración del orgasmo en la mujer y el hombre.

El hombre y la mujer pasan de la expresión orgásmica a la última fase del ciclo o fase de Resolución. Este período involuntario de pérdida de la tensión lleva al individuo de la etapa de meseta y excitación a un estado de inexcitabilidad. La mujer tiene una respuesta potencial que le permite volver al estado de orgasmo en cualquier punto de la fase de resolución si se le reaplica un estímulo efectivo. En el hombre, la fase de resolución incluye un período refractario. Por regla general, la posibilidad fisiológica del hombre para responder a la reestimulación es mucho menor que la de la mujer.

Cambios fisiológicos en la mujer de la tercera edad.

Para algunos autores los cambios hormonales que ocurren en la mujer de más de 50 años de edad, debido a la disminución de la función ovárica, no son causas necesariamente de cambios importantes de su actividad sexual si no van acompañados de trastornos psíquicos, mala información sobre la fisiología sexual o de patrones culturales y educacionales erróneos (2,3,4).

En muchos aspectos los cambios que tienen lugar en la mujer son muy similares al hombre, por ejemplo: la excitación es más lenta. Una mujer joven quizás solo necesite de 15 a 20 seg. de excitación para lubricar su vagina, mientras que en la mujer de edad

más avanzada esto puede demorar hasta 5 minutos(5). Esta lubricación es menos abundante que en la joven. La adulta mayor puede notar que no tiene lubricada la entrada de la vagina -introito- e interpretar erróneamente que no está lubricada en absoluto, cuando en realidad la lubricación no se exterioriza por una menor producción y posiblemente por la adopción de posiciones que dificulten su salida por gravedad.

La erección del pezón en la fase de excitación es similar a la de las jóvenes, aunque es menos intenso el aumento de tamaño de la mamas por la vasodilatación y su enrojecimiento. Mujeres jóvenes con mamas flácidas pudieran presentar también esta situación.

La erección del clítoris durante el acto sexual no muestra diferencias apreciables con las mujeres de menos edad, si se cumplen todas las fases del acto sexual (excitación, meseta, orgasmo y resolución)

A pesar de ser cierto que la disminución en la producción de estrógenos en el período postmenopáusico puede dar lugar al trofismo vaginal y su secreción escasa, se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que aquellas con vida sexual pobre; esto indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales (2).

Puede producirse una irritación mecánica de la uretra y la vejiga, si las paredes vaginales se mantienen finas y menos elásticas. Esto puede provocar deseos imperiosos de orinar durante o inmediatamente después del coito, así como molestias durante la micción en las horas y días posteriores (5).

Tampoco al principio del coito se observan en la mujer adulta los cambios típicos

en los labios mayores como aplanamiento, separación y elevación, y es menos la vasodilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esa zona.

Otro cambio es el debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existen menos contracciones de la vagina durante la fase orgásmica; es menor la elevación uterina, fenómeno fisiológico en la fase de meseta orgásmica, y las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y, en ocasiones, dolorosas, por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo, estos sucesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y, por tanto, podemos decir que el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina (6).

Cambios fisiológicos en el hombre que envejece.

Alrededor de un 5 por ciento de los hombres que pasan de los 60 años experimentan lo que se conoce como el climaterio masculino. Esta condición viene caracterizada por alguno o por la totalidad, de los siguientes rasgos: cansancio, falta de apetito, disminución del deseo sexual, menoscabo o pérdida de potencia, irritabilidad y dificultad de concentración (7). Estas alteraciones son imputables a la baja producción de testosterona y pueden solventarse o mitigarse mediante inyecciones de esta sustancia (7).

No es menos cierto que la edad afecta de diversos modos la fisiología de la respuesta sexual del varón (7) por ejemplo:

1. Para lograr la erección del pene necesitan más tiempo y más estimulación directa.

2. En conjunto, las erecciones son menos firmes que cuando eran más jóvenes.
3. Los testículos se elevan solo parcialmente con relación al perineo y lo hacen con mayor lentitud que en los varones jóvenes.
4. Se reduce la cantidad de semen y disminuye la intensidad de la eyaculación.
5. Por lo general se observa una menor necesidad física de eyacular.
6. Se prolonga el período refractario, es decir, el espacio de tiempo posterior a la eyaculación en que el hombre es incapaz de lograr una nueva erección y emisión de semen.

Con la edad disminuyen la masa y la fortaleza muscular, por tal motivo suele existir una disminución de la tensión muscular durante la excitación sexual.

En muchas ocasiones los varones que presentan los síntomas anteriormente expuestos, se inquietan y piensan que están enfermos. En otros casos es la esposa quien se siente alarmada. Digamos: muchos hombres de edad gozan del sexo aunque no siempre eyaculen, pero si la compañera no está consciente del proceso fisiológico subyacente, puede llegar a pensar que carece de atractivos o que no es lo bastante diestra como amante.

Algunos hombres, a medida que envejecen, no tienen una idea exacta de como debería ser su vida sexual y pretenden tener erecciones firmes al instante y en todas las situaciones sexuales, y se preocupan cuando no pueden hacer el amor dos veces en una noche. Debido a la errónea interpretación de estos cambios, el hombre de cierta edad es más propenso a mostrar síntomas de angustia anticipatoria sobre su desempeño sexual.

Efectos del proceso de envejecimiento sobre la actividad sexual.

Existen un grupo de factores que se añaden a los cambios propios de la edad y se interponen en el desarrollo normal de la vida sexual en el hombre y la mujer mayor de 50 años.

La falta de estímulos sexuales provocada por una vida sexual monótona, poco variada, puede llevar progresivamente a una pérdida de interés en la actividad sexual. Una menor intensidad de relaciones sociales; la pérdida de atractivos corporales de la pareja y la creencia de que es incorrecto tener fantasías sexuales en esta época, se unen para disminuir la búsqueda del acto sexual.

El agotamiento físico y psíquico propios de la etapa disminuyen el interés por el contacto sexual y crea temores por el cansancio extra que pueda producir y sus consecuencias físicas (8). Master y Johnson (7) en estas edades recomiendan posiciones no agotadoras, como es el coito en decúbito lateral.

La preocupación por el trabajo o las preocupaciones económicas llevan a desviar el interés sobre la actividad entre los 40 y 60 años. En el mundo moderno esta es un etapa de productividad laboral e intelectual y la mujer o el hombre tiende a relegar a un segundo plano la actividad sexual.

Cuando la persona pierde a su pareja, y cae en un período de inactividad sexual casi absoluto, puede suceder que, si en etapas posteriores, desea iniciar relaciones con otra pareja, se presentan mayores dificultades para lograrlo, sobre todo en el hombre, por disfunciones de la erección. (Síndrome de la viudez).

Algunos sexólogos recomiendan la práctica masturbatoria durante este período de soledad, si no existen impedimentos psicológicos o culturales. Esta recomendación, aunque parezca chocante para algunos, puede contribuir a mantener tanto en el hombre como en la mujer, los mecanismos fisiológicos sexuales en actividad relativa y no en inacción absoluta (6,7)

Las enfermedades físicas y mentales, influyen de manera negativa en la actividad sexual de la pareja mayor. La Diabetes Mellitus es un ejemplo típico de enfermedad crónica que por mecanismos vasculares y neurogénicos puede producir pérdida de la erección y eyaculación retrograda, que es la eyaculación hacia la vejiga por la falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo (3). La artritis puede dificultar el coito.

Existen medicamentos que afectan la libido y la potencia sexual; son usados habitualmente en estas edades, donde resulta más frecuente la hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares, enfermedades o desajustes psíquicos, y otros. La lista incluye: agentes bloqueadores ganglionares, bloqueadores adrenérgicos y alfaadrenérgicos (fenosibenzamina, sulfato de guanetidina); pseudo transmisores simpáticos (metildopa); narcóticos (morfina); antidepresivos tricíclicos (imipramina); fenotiazinas (clorpromacina); benzodiazepinas (diazapan) y otros.

El alcoholismo es uno de los factores que más contribuye a deprimir la función sexual y a demorar la eyaculación (5).

Los cambios hormonales y metabólicos que afectan a todo el organismo y en especial al sistema nervioso central y periférico (disminución de la testosterona y ACTH, temblor extrapiramidal, neuritis alcohólica,

déficit vitamínico e hipoglicemia), provocan fácilmente trastornos de la erección en el hombre y deprimen la libido en cualquier edad.

También en estas edades, los excesos en la comida que acompañan con frecuencia a la ingestión de bebidas, pueden disminuir el deseo de realizar el acto sexual, al sentirse la persona físicamente satisfecho o tener temor a realizar el coito después de comidas copiosas, algo no recomendable en hipertensos y cardiopatas.

Las creencias religiosas en algunos grupos sociales o tipos de sociedad pueden ser un freno a la actividad sexual, ya que consideran el sexo como algo pecaminoso, exceptuando su valor reproductivo, o que debe ser limitado dentro de estrictas reglas. Este elemento puede sumarse a los procesos fisiológicos de la edad.

El "temor al desempeño", se observa con frecuencia en el hombre mayor de 60 años en la forma de un miedo a la realización del acto sexual. El temor a fallar, no lograr una buena erección o no hacer un buen papel, sobre todo con una pareja de menos edad, se une a la falsa idea de que la potencia sexual es ahora menos adecuada para exigencias mayores. En la mujer se traduciría por el temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero.

Conclusión.

Se puede afirmar que un hombre o una mujer sanos física y psíquicamente entre 50 y 70 años o, incluso, a edades más avanzadas, pueden mantener un determinado nivel de actividad sexual (5). Esta es una posibilidad más que comprobada si son personas libres de estereotipos, prejuicios y tabúes.

La prevención o el tratamiento de los factores negativos anteriormente expues-

tos contribuyen a preservar esta función, pero sobre todo, resulta fundamental que exista una adecuada educación y comprensión de los cambios fisiológicos del sexo en la edad del adulto mayor y se reconozca que esto no es exclusivo de los jóvenes □

1. MASTER, W., JOHNSON, V.: *Investigaciones en la respuesta sexual*. En: Respuesta Sexual Humana, 1967. De. Revolucionaria. Inst. Del Libro. La Habana., pag.3.
2. SÁLVATIERRA, VICENTE, M.: *Alteraciones Psicológicas y Sexuales durante la menopausia*. En Clímaxterio y Menopausia. 1992. De. Grefol, S.A. Madrid. Pag.75.
3. MAS, DIAS, J.; *La sexualidad del anciano*. Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual: Complicación de artículos sobre educación sexual para el Médico de la Familia. 1987. Pág.27
4. HIGUERA, R., K. BAREBE, MD.: *Sexualidad y el arte de la estimulación en la mujer geriátrica*. En Ginecología Geriátrica Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: 4; 1996. Pag.899.
5. ROCABRINO MEDEROS, J.; PRIETOS RAMOS, O.: *Sexualidad en la tercera edad*. En Gerontología y Geriatria Clínica. 1992. Ed. Ciencias Medicas, La Habana. Pag. 143-53
6. SHEARER, MARGUERITE, R. SHEARER, MARSHALL, L.: *Sexualidad y Consejo sexual en la edad Avanzada*. En Senectud en la mujer. Clínicas Obstétricas y Ginecol; 1977. De. Internacional, México. Pp 185-97.
7. MASTER, WILLIAM H; JOHNSON, VIRGINIA E. KOLODNY, ROBERT C. *La Sexualidad Humana*. 1987 De. Científico Técnico. La Habana. Pp. 292,99
8. GARCÍA RODRÍGUEZ, C.: *Aspectos Psicosociales a considerar por el Médico de la Familia en la Tercera Edad*. Rev. Cub. Med. Integral. 7(3): P273.

* Especialistas de 2do. Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor Facultad "Comandante Manuel Fajardo".

** Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral. Jefe Municipal del Departamento de Medicina General Integral, Plaza de la Revolución.

*** Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.